

PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOMATIK DER
ORGANISCHEN UND DER AFFEKTIVEN PSYCHOSEN

FRANK BÖHMER

1987

*Diss
München*

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H.Hippius

Psychopathologische Symptomatik
der
organischen und der affektiven Psychosen

Eine Untersuchung an 609 im Jahre 1981 in der
Psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten
Patienten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Frank Böhmer
aus
München

1985

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. Hippius
Mitberichterstatter:	
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 13.05.1986

Meiner lieben Mutter in Dankbarkeit

am 1. März 1911

1. Die Geburtstag
2. Die Geburtstag der Mutter
3. Die Geburtstag

Freitag

1. Die Geburtstag der Mutter
2. Die Geburtstag der Mutter
3. Die Geburtstag der Mutter

4. Die Geburtstag der Mutter
5. Die Geburtstag der Mutter

6. Die Geburtstag der Mutter
7. Die Geburtstag der Mutter

8. Die Geburtstag der Mutter
9. Die Geburtstag der Mutter

10. Die Geburtstag der Mutter
11. Die Geburtstag der Mutter



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Einleitung	
Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten in der ICD-8 und ICD-9	7
Daten und Methodik	
1. Fragestellung	16
2. Beschreibung der Daten	17
3. Methodik	18
Ergebnisse	
1. Beschreibung der einzelnen Diagnosengruppen (Geschlechtsverteilung, Aufenthaltsdauer, Altersver- teilung, GAS-Werte, AMDP-Symptome, Syndromwerte)	
1.1: Diagnosengruppe I: endogene monopolare Depres- sion	21
1.1a: Diagnosengruppe Ia: Männer mit endogener monopolarer Depression	26
1.1b: Diagnosengruppe Ib: Frauen mit endogener monopolarer Depression	32
1.2: Diagnosengruppe II: Depression im Rahmen einer Cyclothymie	38

1.3: Diagnosengruppe III: endogene Manie	45
1.4: Diagnosengruppe IV: andere affektive Psychosen	51
1.5: Diagnosengruppe V: andere nichtorganische Psychosen	56
1.6: Diagnosengruppe VI: akute organische Psychosen	61
1.7: Diagnosengruppe VII: chronische organische Psychosen	68

2. Aufstellung eines psychopathologischen Symptomprofiles für die einzelnen Diagnosengruppen

2.1: Vergleich der psychopathologischen Symptomatik der Männer und Frauen der Diagnosengruppe "endogene Depression"	74
2.2: Vergleich der psychopathologischen Symptomatik der affektiven Psychosen	80
2.3: Vergleich der psychopathologischen Symptomatik der akuten und chronischen organischen Psychosen	87

3. Vergleich entsprechender Diagnosengruppen des Jahres 1978 und 1981 bezüglich Geschlechtsverteilung, Aufenthaltsdauer, Altersverteilung und psychopathologischer Aufnahmesymptomatik

3.1 Einführung	95
3.2 Vergleich der Diagnosengruppe "reaktive depressive Psychose" des Jahres 1978 mit der Gruppe "endogene monopolare Depression" des Jahres 1981	97
3.3 Vergleich der Diagnosengruppe "cyclothyme Mischzustände des Jahres 1978 mit der Gruppe "andere affektive Psychosen" des Jahres 1981	101
3.4 Vergleich der Diagnosengruppen "endogene Manie" des Jahres 1978 und 1981	104
3.5 Vergleich der Diagnosengruppen "akute organische Psychosen" des Jahres 1978 und 1981	107
3.6 Vergleich der Diagnosengruppen "chronische organische Psychosen" des Jahres 1978 und 1981	112

Diskussion	116
------------	-----

Zusammenfassung	133
-----------------	-----

Anhang

1. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	143
2. Allgemeine Tabellen	148
3. Diagnosengruppe I: Tabellen und Abbildungen	169
4. Diagnosengruppe II: Tabellen und Abbildungen	181
5. Diagnosengruppe III: Tabellen und Abbildungen	189
6. Diagnosengruppe IV: Tabellen und Abbildungen	198
7. Diagnosengruppe V: Tabellen und Abbildungen	202
8. Diagnosengruppe VI: Tabellen und Abbildungen	206
9. Diagnosengruppe VII: Tabellen und Abbildungen	215

Literaturangaben	223
------------------	-----

DIAGNOSENSCHLÜSSEL UND GLOSSAR PSYCHIATRISCHER KRANKHEITEN IN DER ICD-8 UND ICD-9

Die "Internationale Klassifikation der Krankheiten" ist für die Erhebung statistischer Daten über Morbidität und Mortalität von entscheidender Bedeutung. Hauptanliegen dabei ist es, mit der ICD eine Möglichkeit zu schaffen, mit Hilfe gespeicherter Daten Krankheitsstatistiken aufzustellen und gleichzeitig Statistiken verschiedener Krankenhäuser und verschiedener Länder zu vergleichen. Es sollte somit nach Kramer et al.⁷⁾ die Verlässlichkeit und Vergleichbarkeit von nationalen und internationalen Statistiken von Todesursachen sowie Morbidität verbessert werden. Diese Statistiken sollen sowohl für die epidemiologische Beschreibung als auch für die gesundheitspolitische Planung zur Verfügung stehen.

Im Jahre 1976 nahm die Versammlung der Weltgesundheitsorganisation die Empfehlungen der internationalen Konferenz zur 9. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten¹⁴⁾ an. Seit 1979 wird die Klassifikation von Erkrankungen mit Hilfe der 9. Revision vorgenommen; diese löste die 8. Revision der ICD¹³⁾ ab, die von 1965 an bis zu diesem Zeitpunkt in Gebrauch gewesen war.

Die ICD ist in 17 Hauptkapitel unterteilt, die ihrerseits wiederum aus mehreren dreistelligen Kategorien bestehen. Jede Kategorie setzt sich aus vierstelligen Untergruppen zusammen, die eine weitere Präzisierung ermöglichen sollen. Die psychiatrischen Erkrankungen finden sich als Kapitel V der ICD der 9. Revision¹⁴⁾. Es setzt sich zusammen aus 30 dreistelligen Kategorien und stellt damit eine nur kleine Gruppe innerhalb der ICD dar.

Die erste Revision der ICD wurde 1900 in Paris erarbeitet.

Seitdem sind neun Revisionen aufgestellt worden und schon beginnen Überlegungen bezüglich einer zehnten Revision.⁹⁾ Selbstverständlich veränderte sich der Inhalt der ICD von Revision zu Revision erheblich. Insbesondere das Kapitel V "Psychiatrische Erkrankungen" hat über die Jahre beträchtliche Änderungen erfahren.

Nachdem die beiden Referenzarbeiten zu unserer Arbeit auf der 8. Revision der ICD basieren, diese Arbeit sich dagegen nach der 9. Revision richtet, erscheint es unumgänglich, Vergleiche zwischen diesen beiden Revisionen anzustellen, ihre Unterschiede herauszuarbeiten, Gemeinsamkeiten zu unterstreichen und insbesondere zu bewerten, ob etwaige Unterschiede in den Revisionen verantwortlich sein können für mögliche Unterschiede zwischen den Daten unserer Arbeit und den Daten der beiden Referenzarbeiten. Natürlich liegen die Unterschiede zwischen dem Kapitel V der 8. Revision und der 9. Revision nicht so offen, wie bei einem Vergleich des Kapitels "Psychiatrische Erkrankungen" beispielsweise der 5. Revision von 1938¹²⁾ und der 8. Revision von 1965¹³⁾.

So bestand 1938 die Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen lediglich als eine Gruppe (084) der Sektion VI der ICD (Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane) und setzte sich nur aus 4 Untergruppen zusammen: nämlich Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressiver Psychose und anderen Geisteskrankheiten.

Die Sektion V der 8. Revision der ICD - Psychiatrische Erkrankungen - dagegen beinhaltet immerhin 26 dreistellige Kategorien, die noch weiter in mehrere vierstellige Untergruppen aufgespalten sind. Aber auch bei einem Vergleich zwischen dem Kapitel V der 8. Revision und dem der 9. Revision sind etliche Veränderungen zu erwarten.

Dies wird verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Entwicklung einer Revision ein fließender Prozeß ist. Sobald die Revision abgeschlossen ist, wird mit der Arbeit an der folgenden begonnen. Kramer et al.⁷⁾ behaupten gar, daß auf dem Gebiet der psychiatrischen Erkrankungen die Arbeit an der nächsten Revision bereits beginnt, während

noch an der vorhergehenden gearbeitet wird. Grund dafür sei die Fülle an Aktivitäten, die zum Aufstellen einer neuen Revision notwendig ist, wie die Entwicklung von Änderungsvorschlägen, Treffen interessierter Länder zur Erarbeitung gemeinsamer Ideen, Koordination verschiedenster Programme zu diesem Thema oder die Einberufung von Expertenkomitees.

Auf diese Weise wird versucht, neu gewonnene Daten zu integrieren, wissenschaftliche Erkenntnisse zu verarbeiten und nicht zuletzt die Probleme zu beseitigen, die sich bei der Anwendung der alten Revision ergeben hatten.

Entscheidenste und wichtigste Veränderung der 9. Revision gegenüber der achten ist sicherlich die Einführung eines Glossars psychiatrischer Krankheiten zu Anfang des Kapitels V der ICD-9¹²⁾. Unter einem Glossar versteht man eine Sammlung von Beschreibungen zu dem Zweck, eine möglichst genaue Definition eines Begriffes zu ermöglichen. Auf dem Gebiet der psychiatrischen Erkrankungen setzt sich ein solches Glossar im Hinblick auf eine oft nicht bekannte Ätiologie der Krankheiten meist aus einer Beschreibung von Symptomen und Syndromen zusammen, wobei soweit bekannt selbstverständlich auch ätiologische und prognostische Daten einfließen. Damit kann ein Glossar natürlich keine eindeutige Definition einer psychiatrischen Erkrankung liefern, die alle anderen Erkrankungen ausschließt, wie es beispielsweise auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten möglich wäre, da hier ja die Kenntnis der Ätiologie in den allermeisten Fällen eine eindeutige Zuordnung ermöglicht.

Wie verschiedene Studien über die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen zeigen, ist auf dem Gebiet der psychiatrischen Erkrankungen ein Glossar unverzichtbare Grundlage der Diagnosenfindung.

Welches Chaos auf dem Gebiet der Diagnosenfindung in der Psychiatrie insbesondere auf internationalem Gebiet besteht, wird deutlich in einer Untersuchung von Saugstad und Ødegard¹⁰⁾. Sie untersuchten über den Zeitraum von 1970 bis 1979 die Verteilung psychiatrischer Diagnosen in ver-

schiedenen Ländern, in denen die ICD-8 verbindliche Arbeitsgrundlage sein sollte. Lediglich zwei der sieben Länder arbeiteten durchgehend mit den ICD-Kategorien der ICD-8. Die Gewohnheiten der Benutzer in den verschiedenen Ländern hatten sich über den Untersuchungszeitraum so gut wie nicht geändert.

Während zum Beispiel 1975 in den USA bei 46.6% der Krankenhauspatienten in psychiatrischen Kliniken die Diagnose Schizophrenie gestellt worden war, waren es in Dänemark nur 7,4%. Eine ähnliche Diskrepanz ergab sich bei einem Vergleich der Häufigkeit der Diagnose affektive Psychose zwischen Norwegen und England.

Solche gewaltigen Unterschiede liessen sich bei sachgemässer Anwendung des Glossars psychiatrischer Erkrankungen sicherlich vermeiden, unter der Voraussetzung jedoch, daß das Glossar zusammen mit dem ICD-Schlüssel auch tatsächlich konsequent angewandt wird. Eine Einbeziehung eines Glossars in das Kapitel V der ICD-9 wurde also "notwendig aufgrund des relativen Mangels an objektiven Daten für die psychiatrische Diagnostik und die daraus resultierenden Unterschiede im Gebrauch psychiatrischer Termini in verschiedenen Ländern." (Degkwitz et al.¹⁴)

Dieses Glossar ist auch für das Kapitel V der ICD nicht neu. Bereits 1970 wurde ein an der 8. Revision orientiertes Glossar erarbeitet und als Arbeitshilfe dem Kapitel V der 8. Revision beigelegt. Allerdings stellte das Glossar zur 8. Revision der ICD lediglich eine Anregung und keine zwingende Anweisung dar. Erst die 9. Revision besitzt im Kapitel V ein Glossar als verbindliche Arbeitsgrundlage. Es bleibt abzuwarten, ob ähnliche Diskrepanzen bei der Diagnosenvergabe wie oben erwähnt auch bei der 9. Revision auftreten werden.

Diese sicherlich wesentliche Änderung des Kapitels V der ICD, die durch Einführung des Glossars entstanden ist, besitzt jedoch keine Auswirkungen auf den Vergleich von Daten, die im Rahmen unserer Arbeit 1981 erhoben wurden und der Daten unserer Referenzarbeiten aus dem Jahre 1978. Denn an unserer Klinik wurde auch 1978 bereits mit dem

Glossar zur 8. Revision der ICD gearbeitet, welches sich inhaltlich nur minimal von dem der 9. Revision unterscheidet bei gleichen Diagnosen.

Zweite wesentliche Veränderung der 9. Revision der ICD gegenüber der 8. Revision im Kapitel V ist eine ausgedehnte Überarbeitung der Krankheitsbilder selbst. So wurde beispielsweise die Möglichkeit, eine depressive Erkrankung zu verschlüsseln von 10 auf 19 vierstellige Kategorien erhöht. Dieser Anstieg resultiert nach Degkwitz et al.¹⁴⁾ aus einer verbesserten Anordnung der affektiven Psychosen, einer neuen Einteilung der kurzfristigen Störungen und einer besseren Berücksichtigung der Kategorien für die Störungen des Kindes- und Jugendalters.

Die Möglichkeiten zur Verschlüsselung affektiver Psychosen wurde in der 9. Revision¹⁴⁾ um zwei vierstellige Kategorien erhöht:

- 296.5 Zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose ohne Angaben über das vorliegende Zustandsbild
- 296.6 Andere und nicht näher bezeichnete manisch-depressive Psychosen

Auch die ebenfalls im Rahmen unserer Arbeit besprochene Gruppe 298 "andere nichtorganische Psychosen" wurde um zwei vierstellige Kategorien erweitert:

- 298.4 Psychogene Psychose mit paranoider Symptomatik
- 298.9 nicht näher bezeichnete Psychose

In der Gruppe 290 "senile und präsenile organische Psychosen" finden sich in der 9. Revision¹⁴⁾ folgende Kategorien neu:

- 290.2 senile Demenz mit depressivem oder paranoidem Erscheinungsbild
- 290.3 senile Demenz mit akutem Verwirrheitszustand
- 290.4 arteriosklerotische Demenz

Die Gruppe 291 "Alkoholpsychosen" schließlich wurde neu mit der Kategorie 291.2 "andere Alkoholdemenz" versehen, dafür findet man die Kategorie 291.4 "Alkoholrausch" der 8. Revision in der 9. Revision nicht mehr. Stattdessen wird empfohlen, Zustände dieser

Art nunmehr unter der Nummer 303 oder 305.0 zu verschlüsseln.

Vollkommen überarbeitet wurde das Kapitel 292 "Psychosen bei intrakraniellen Infektionen", 293 "Psychosen bei anderen organischen Hirnstörungen" und 294 "Psychosen bei anderen körperlichen Störungen der 8. Revision"¹³⁾.

Selbstverständlich wurden auch alle anderen Kategorien des Kapitels V der ICD überarbeitet. Diese werden jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht, weshalb auf die erfolgten Änderungen hier nicht eingegangen wird.

Die Erweiterung des Kapitels V der ICD um etliche Kategorien findet natürlich nicht nur Befürworter. Stellvertretend für viele andere Kritiker der 9. Revision sei hier R.E. Kendell⁵⁾ genannt, ein Verfechter der amerikanischen DSM-III Klassifikation, der zur Erweiterung auf dem Gebiet der Depressionen Stellung nimmt:

"In an attempt to meet the wishes of psychiatrists in fifty different countries with widely varying views about how depressions should be classified several incompatible concepts have been lumped on top of one another. The resulting hotch potch can only be regarded as a monument of international disagreement and confusion." (vergl. auch ⁶⁾)

Wie oben bereits erwähnt, finden sich die Kategorien 292, 293 und 294 in dieser Form nicht mehr in der 9. Revision der ICD. Stattdessen wurde eine weitergehende Spezifizierung ermöglicht und folgende Kategorien neu eingeführt:

292 Drogenpsychosen

293 vorübergehende organische Psychosen

294 andere chronische organische Psychosen

Die Einführung dieser Kategorien war notwendig geworden, weil es sich bei den ursprünglichen Kategorien um sogenannte "combination categories" gehandelt hatte. Darunter wird die Verschlüsselung eines Krankheitsbildes, das aus einer psychiatrischen und einer somatischen Störung zusammengesetzt ist, unter einer einzigen ICD-Kategorie verstanden. Als Beispiel sei hier die Kategorie 292.1 "Organische Psychose bei anderen leistischen Erkrankungen des ZNS" der 8. Revision angeführt. Diese Kategorie beinhaltet ja

sowohl eine organische Psychose als auch die damit vergesellschaftete syphilitische Erkrankung.

In der 9. Revision der ICD wird nun statt der "combination categories" das Verfahren des "multiple coding" angewandt, das heisst, die Verschlüsselung der psychiatrischen Erkrankung auf einer, die Verschlüsselung der zugehörigen somatischen Störung auf einer zweiten, von der ersten unabhängigen Achse. Konsequenz dieser Neuerung ist, daß in den Kategorien 290 "senile und präsenile organische Psychosen", 293 "vorübergehende organische Psychosen" und 294 "andere chronische organische Psychosen" die Krankheitsbilder nach Möglichkeit doppelt verschlüsselt werden. Auch in den Kategorien 306, 310, 316, 317, 318, 319 wird nun "multiple coding" angewandt.

Die Auswirkungen, die sich durch die Einführung des "multiple coding" und die damit verbundene Neuordnung der organischen Psychosen ergeben haben, sind allerdings geringer als zunächst scheinen mag. So ist ein Vergleich einer Diagnosengruppe "chronische organische Psychosen", die unter Anwendung der ICD-8 erstellt wurde mit einer Diagnosengruppe "chronische organische Psychose", die auf der Basis der ICD-9 gebildet wurde, insofern sehr leicht möglich, als ja das für einen Vergleich psychiatrischer Merkmale wesentliche, nämlich die Psychose, in beiden Revisionen gleich ist. Als greifbare Änderung ergibt sich nur der Zwang für den Benutzer der ICD-9, sich über das Kapitel V hinaus auch mit anderen Kapiteln der ICD zu befassen und die Möglichkeit, beispielsweise organische Psychosen, deren Ätiologie nicht mit letzter Sicherheit bekannt oder auch multifaktoriell ist, auf jeden Fall als organische Psychose zu verschlüsseln. Einzig der Versuch, bestimmte vierstellige ICD-9 Kategorien, bei denen nun "multiple coding" angewandt wird, zu vergleichen mit ICD-8 Kategorien, wird problematisch. Hier wird man ohne Kenntnis der Epikrise der Patienten und eine neue Diagnosegebung zu keinen sinnvollen Ergebnissen finden.

Einige weniger bedeutende Änderungen der ICD-9 gegenüber der ICD-8 ergeben sich durch Verschiebungen der

vierstelligen Kategorien innerhalb einer dreistelligen Kategorie und durch eine teilweise neue Nomenklatur.

So findet man die unter der Nummer 291.2 der ICD-8 aufgelistete "Alkoholhalluzinose" in der 9. Revision unter der Nummer 291.3. Auch die Diagnose "Alkoholischer Eifersuchtswahn", sowie "Pathologischer Rausch" haben in der 9. Revision neue Kategorien erhalten.

Besonders umfangreich fanden solche Verschiebungen in der Gruppe der affektiven Psychosen, der Kategorie 296 statt. Die Involutionsdepression, in der 8. Revision unter 296.0 verschlüsselt, kommt in der ICD-9 nicht mehr vor. Sie ist jetzt eingegliedert unter die "endogene Depression, bisher nur monopolar" mit der Kategorie 296.1.

Die Manie, die in der ICD-8 unter der Nummer 296.1 zu finden war, wurde aufgeschlüsselt in zwei Formen, eine "endogene Manie, bisher nur monopolar" mit der Nummer 296.0 und eine "Manie im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose" mit der ICD-Nummer 296.2. Hier wurde also analog zur Unterteilung der endogenen Depressionen in eine monopolare und eine cyclothyme Form verfahren. Änderungen fanden weiter statt bei den Depressionen im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose sowie bei den cyclothymen Mischzuständen und den übrigen affektiven Psychosen. Wie auch bei den anderen affektiven Erkrankungen wurde nicht nur die ICD-Kategorie geändert, sondern auch die Bezeichnung des Krankheitsbildes.

Wir erwarten jedoch auch durch diese Änderungen keine Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit unserer Daten mit Daten, die mittels der ICD-8 gewonnen wurden. Nach wie vor ist eine Zusammenfassung verschiedener ICD-Kategorien zu Diagnosengruppen möglich, zu dem Zweck, gleiche Diagnosengruppen aufzustellen.

Eine Erklärung für diese Vorgehen, eine teilweise neue Nomenklatur und eine Neuordnung der ICD-Kategorien vorzunehmen, sehen Kramer et al.⁷⁾ in dem Wunsch, die Kategorien im Kapitel V der ICD beschreibbar zu machen, um Zustände, die die gleichen Symptome zeigen, soweit als

möglich zusammenzufassen. Andere Änderungen in der Nomenklatur wurden vorgenommen, um dem klinischen Gebrauch in den siebziger Jahren Rechnung zu tragen und "multiple coding" in den Fällen zu ermöglichen, in denen ein Zustand einen zweiten begleitet, ohne das grundlegende Zusammenhänge zwischen beiden bestehen.

Nach Degkwitz et al¹⁴⁾ hat die neunte Revision keine grundsätzlichen Änderungen erbracht, bedeute aber in vielerlei Hinsicht eine erhebliche Verbesserung. Die vorgenommen Änderungen betreffen, wie bereits ausgeführt, fast ausschließlich die weitere Untergliederung einer Diagnose in Einzeldiagnosen, zumindest was den von uns untersuchten Abschnitt des Kapitels V der ICD betrifft. Da im Rahmen unserer Untersuchung diese Einzeldiagnosen jedoch wieder zu Diagnosengruppen zusammengefasst werden, ist die Vergleichbarkeit unserer Diagnosengruppen mit entsprechenden, die anhand der ICD-8 erstellt wurden, in jedem Falle gewährleistet. Dies gilt in gleichem Maße für die organischen Psychosen, obwohl dort die weitreichendsten Änderungen durchgeführt wurden.

1. FRAGESTELLUNG

Die vorliegende Arbeit stellt sich drei Aufgaben. Zum einen soll im Rahmen der Einleitung überprüft werden, ob durch die Neufassung der ICD von der 8. zur 9. Revision Änderungen im psychopathologischen Profil bestimmter Diagnosengruppen auftreten können, eine Frage, zu deren Klärung zusätzlich in einem späteren Abschnitt Vergleiche der psychopathologischen Symptomatik von Patientengruppen durchgeführt werden, die sich in der Zusammensetzung der Diagnosengruppen zwar gleichen, die jedoch mittels verschiedener Revisionen der ICD erstellt wurden. Zum zweiten sollen verschiedene Diagnosengruppen unserer Arbeit bezüglich ihres psychopathologischen Profils miteinander verglichen werden. Die Vergleiche sind dabei so gewählt, daß immer verwandte Diagnosengruppen einander gegenübergestellt werden. Bei diesen Vergleichen werden ausschließlich die Häufigkeit und die Ausprägung der Symptome bei Aufnahme und Entlassung berücksichtigt. Zum dritten sollen Diagnosengruppen unserer Arbeit verglichen werden mit entsprechenden Diagnosengruppen der Arbeiten "Psychopathologische Symptomatik, demographische Merkmale und Klinikaufenthaltsdauer von Patienten mit endogenen Psychosen. Statistische Untersuchung unter Verwendung der Daten von 917 Patienten" von H. Engelhardt⁴⁾ sowie "Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oligophrenien. Eine Untersuchung an 830 im Jahre 1978 in der psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten Patienten" von H. Ditz³⁾. Auf diese Weise soll überprüft werden, ob die für eine Diagnosengruppe besonders typischen Symptome in gleichem Umfange auch bei unseren Diagnosengruppen auftreten. Hierbei können wir nur auf die psychopathologische Symptomatik bei der Aufnahme zurück-

greifen, da zum einen Entlassungsbefunde in den o.g. Arbeiten nicht berücksichtigt wurden und zum anderen nicht für sämtliche Symptome die Ausprägungsstärke festgehalten worden war.

Die Ergebnisse unserer Arbeit sollen ihrerseits wieder für Vergleiche mit zukünftigen ähnlichen Untersuchungen zur Verfügung stehen. Da in der vorliegenden Arbeit bei der Beschreibung der einzelnen Diagnosengruppen zum erstenmal Daten über die Ausprägung und Häufigkeit der psychopathologischen Symptomatik, die Höhe des GAS-Wertes und der Syndromwerte bei Aufnahme und Entlassung berücksichtigt werden, ist dann eine weitgehend vollständige psychopathologische Beschreibung der Patienten möglich.

2. BESCHREIBUNG DER DATEN

Im Berichtszeitraum vom 01.01.1981 bis zum 31.12.1981 wurden 2026 Patienten in die Psychiatrische Klinik der Universität München zur stationären Behandlung aufgenommen. Wir werten in dieser Arbeit die Dokumentationsunterlagen der 609 Patienten aus, bei denen eine Diagnose mit den ICD-Kategorien 290,291,292,293,294,296 und 298 gestellt wurde. Die ICD-Kategorien beziehen sich auf die neunte Revision der ICD¹⁴⁾.

Untersucht wurde die psychopathologische Symptomatik, die mit Hilfe des AMDP-Systems dokumentiert wurde, sowie Daten über das Geschlecht, das Alter, die Klinikaufenthaltsdauer, über den Schweregrad der Krankheit, der mittels der GAS-Skala erhoben wurde und über die Syndromwerte, die für jedes Syndrom errechnet wurden aus bestimmten AMDP-Symptomen. Psychopathologische Symptomatik, GAS-Wert und Syndromwerte wurden dabei sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung berücksichtigt. Die computerunterstützte Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Datenbanksystems der Psychiatrischen Klinik der Universität München auf einem Siemens-Rechner 6640.

3. METHODIK

Die diagnostische Beschreibung der 609 Patienten richtet sich nach der ICD-Klassifikation der 9. Revision¹⁴⁾. Dazu werden die ICD-Kategorien zu sieben Diagnosengruppen zusammengefasst. Eine Diagnosengruppe wird gebildet durch eine oder mehrere vierstellige ICD-Kategorien. Eine Ausnahme hierbei bildet die erste Diagnosengruppe, die zusätzlich wegen ihres Umfanges noch in zwei Untergruppen aufgespalten wird, die sich lediglich durch das Geschlecht unterscheiden. Einen Überblick über die Zusammensetzung der Diagnosengruppen gibt die nachfolgende Aufstellung:

Diagnosengruppe I: endogene Depression

ICD-Nummer: 296.1 endogene Depression, bisher nur monopolar
298.0 reaktive depressive Psychose
zusätzlich unterteilt in Gruppe Ia: nur Männer
Gruppe Ib: nur Frauen

Diagnosengruppe II: Depression im Rahmen einer Cyclothymie

ICD-Nummer: 296.3 depressive Psychose im Rahmen einer bipolaren Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose

Diagnosengruppe III: endogene Manie

ICD-Nummer: 296.0 endogene Manie
296.2 manische Phase im Rahmen einer bipolaren Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose

Diagnosengruppe IV: andere affektive Psychosen

ICD-Nummer: 296.4 Mischzustand im Rahmen einer Cyclothymie
296.5 Cyclothymie ohne Angaben über das vorliegende Zustandsbild
296.8 andere affektive Psychosen

Diagnosengruppe V: andere nichtorganische Psychosen

ICD-Nummer: 298.x andere nichtorganische Psychosen
ausschließlich: reaktive depressive Psychose und akuter Verwirrheitszustand

Diagnosengruppe VI: chronische organische Psychosen

ICD-Nummer: 290.x senile und präsenile organische Psychosen
294.x andere chronische organische Psychosen

Diagnosengruppe VII: akute organische Psychosen

ICD-Nummer: 291.x Alkoholpsychosen
292.x Drogenpsychosen
293.x vorübergehende organische Psychosen

Für jede Diagnosengruppe getrennt wird die mit Hilfe des AMDP-Systems erhobene psychopathologische Symptomatik bezüglich Häufigkeit und Ausprägung sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung aufgezeigt. Weiterhin geben wir für jede Diagnosengruppe Geschlechtsverteilung, Altersverteilung, stationäre Aufenthaltsdauer, GAS-Wert bei Aufnahme und Entlassung und Syndromwerte bei Aufnahme und Entlassung an. Diese Daten werden anhand einer ausführlichen Beschreibung erläutert. Die Beschreibung der psychopathologischen Symptomatik erfolgt nach folgenden Gesichtspunkten:

- a) es wurden Symptome beschrieben, deren Häufigkeit bei der Aufnahme wenigstens 20% innerhalb der einzelnen Diagnosengruppen erreicht;
- b) es wurden weiterhin Symptome beschrieben, die innerhalb einer Diagnosengruppe auffallend häufig im Vergleich zu anderen Diagnosengruppen auftreten;
- c) sowie Symptome, deren Häufigkeit bei der Entlassung die der Aufnahme übersteigt.

Den Anfang des tabellarischen Teils bildet eine Übersicht über sämtliche 7 Diagnosengruppen. Sie werden bezüglich der psychopathologischen Symptomatik bei Aufnahme und Entlassung, der Geschlechtsverteilung, des Durchschnittsalters, der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer, der Höhe des Durchschnitts-GAS-Wertes bei Aufnahme und Entlassung sowie der Durchschnittswerte der Syndromwerte bei Aufnahme und Entlassung zueinander in Beziehung gesetzt. Alle Werte werden dabei so dargestellt, daß mit einem Blick immer der entsprechende Wert im Vergleich zu anderen Diagnosengruppen ersehen werden kann. Sodann folgt eine tabellarische Beschreibung der einzelnen Diagnosengruppen, in der sämtliche o.g. Parameter für jede Diagnosengruppe einzeln aufgeführt sind.

1. BESCHREIBUNG DER EINZELNEN DIAGNOSENGRUPPEN (GESCHLECHTSVERTEILUNG, AUFENTHALTSDAUER, ALTERSVERTEILUNG, GAS-WERTE, AMDP-SYMPTOME, SYNDROMWERTE)

1.1 DIAGNOSENGRUPPE I: ENDOGENE MONOPOLARE DEPRESSION

1.1.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

Im Berichtszeitraum 1981 wurden 306 Patienten an unserer Klinik stationär behandelt, bei denen als Erstdiagnose eine Diagnose mit der ICD-Nummer 296.1 oder 298.0 gestellt wurde. 224 der 306 Patienten waren Frauen, 82 Patienten waren männlich. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 1,0 : 2,7. Der Anteil der Diagnosengruppe an der Klinikpopulation beträgt 15,1%.

1.1.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 1.2.1)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug für Patienten dieser Diagnosengruppe 50 Tage und nach Geschlecht getrennt für Männer 44, für Frauen 53 Tage. Die Aufenthaltsdauer reichte dabei von einer bis zu maximal 29 Wochen. Die Kurve zeigt einen steilen Anstieg mit einem Maximum im Bereich der sechsten Woche. 43 Patienten, d.s. 14,1% hatten eine entsprechende Aufenthaltsdauer. Ab der sechsten Woche fällt die Kurve dann kontinuierlich und, vor allem im Zeitraum der 10. bis zur 20. Woche deutlich flacher.

1.1.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3; Abb 1.3.1)

Das Durchschnittsalter der 306 Patienten der Diagnosengruppe beträgt 54,2 Jahre. Das Durchschnittsalter der Frauen lag dabei mit 55,7 Jahren deutlich über dem der Männer (49,9 Jahre). Behandelt wurden Patienten im Alter zwischen 15 und 84 Jahren.

Betrachtet man die Altersverteilungskurve der Diagnosengruppe, erkennt man ein Plateau im Bereich von 40 bis 69 Jahren. 220 Patienten, d.s. 71,9%, fallen in diesen Bereich. Das Plateau weist zwei Spitzen auf, eine in der Altersgruppe der 40- bis 44-jährigen (13,4%), die zweite in der Altersgruppe der 55- bis 69-jährigen (39,2%).

1.1.4 GAS-WERTE (Tab 0.5; Abb 1.4.1)

Der durchschnittliche GAS-Wert der Diagnosengruppe bei der Aufnahme beträgt 42 Punkte, bei der Entlassung 67 Punkte. Das entspricht einer durchschnittlichen Verbesserung von 60% bezogen auf den Aufnahmewert, bzw. von 25 Punkten.

Der GAS-Wert weist bei der Aufnahme ein Maximum im Bereich von 31 bis 60 Punkten auf. 254 Patienten, d.s. 83%, kann ein entsprechender GAS-Wert zugeordnet werden. Das Maximum bei der Entlassung liegt im Bereich von 61 bis 80 Punkten. 219 Patienten, d.s. 71,6%, wurden mit einem GAS-Wert in dieser Höhe entlassen.

1.1.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6;0.7;1.5)

1.1.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Bewußtseinsstörungen und Orientierungsstörungen sind sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung extrem selten.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen finden sich als Konzentrationsstörungen bei der Aufnahme bei 63 % der Patienten, davon zu mehr als 50% von mittlerer Ausprägung. Merkfähigkeitsstörungen fanden sich bei 35% in vorwiegend leichter bis mittlerer Ausprägung. Bei der Entlassung weisen immerhin noch 27 % Konzentrationsstörungen auf und 19 % Merkfähigkeitsstörungen. Bei der Entlassung sind die genannten Störungen meist leicht ausgeprägt.

Formale Denkstörungen sind häufig. 52 % der Patienten der Diagnosengruppe zeigen bei der Aufnahme eingengtes Denken, bei 39 % ist das Denken verlangsamt, 49 % grübeln und 32 % sind in ihrem Denken gehemmt. Ideenflucht, Vor-

beireden, gesperrtes und zerfahrenes Denken kommen bei der Aufnahme fast nicht vor. Bei der Entlassung grübeln noch 16 % der Patienten, 14 % zeigen verlangsamtes und eingeengtes Denken. Die Ausprägungsstärke der Entlassungssymptomatik ist fast ausschließlich leicht.

Unter den Befürchtungen und Zwängen ist lediglich das nicht wahnhaftes Mißtrauen zu nennen, das eine Aufnahmehäufigkeit von 22 % hat.

Wahnsymptome sind selten. Lediglich der Schuldwahn findet sich bei der Aufnahme bei 15 % der Patienten in allen Ausprägungsstärken. Alle anderen Wahnformen kommen bei der Aufnahme bei weniger als 10% der Patienten vor. Bei der Entlassung erreicht keine Wahnform mehr eine Häufigkeit über 10%.

Sinnesstörungen und Ich-Störungen finden sich nicht. Am häufigsten sind Störungen der Affektivität. Bei der Aufnahme sind 88 % deprimiert, davon 90% in den Ausprägungen mittel und schwer. 67 % sind ängstlich, 65 % klagen über eine Störung der Vitalgefühle, 62 % sind hoffnungslos. Die genannten Symptome kommen größtenteils in mittlerer bis starker Ausprägung vor. 59 % waren innerlich unruhig, 52 % hatten Insuffizienzgefühle. Schuldgefühle fanden sich bei 39 %, klagsam waren 39 %, ein Gefühl der Gefühllosigkeit gaben 26 % an und Affektarmut zeigte sich bei 23 %. Die übrigen Störungen der Affektivität hatten Häufigkeiten unter 20%. Bei der Entlassung stellt man noch Angst bei 33% fest, Depressionen bei 25 %, Störungen der Vitalgefühle bei 20 %, eine innere Unruhe bei 22 % und Insuffizienzgefühle bei 18% der Patienten. Die Symptome kommen nun meist in leichter Ausprägung vor. Alle übrigen Störungen der Affektivität sind bei der Entlassung sehr selten.

Unter den Antriebsstörungen waren am häufigsten Antriebsarmut mit 51%, Antriebshemmung mit 40 % und motorische Unruhe mit 24 % Aufnahmehäufigkeit. Andere Störungen dieser Gruppe waren selten vertreten. Bei der Entlassung war der Rückgang der Häufigkeit am deutlichsten bei der motorischen Unruhe mit 7 %. Antriebsarm waren noch 19 %

und antriebsgehemmt 12 %.

Unter den circadianen Besonderheiten fanden sich besonders bei 43 % ein morgentliches Tief bei der Aufnahme, zu 50% in mittlerer Ausprägung. Abends besser fühlten sich 19%. Bei der Entlassung geht es nur noch 13 % morgens schlechter in meist leichter Ausprägung.

Weiterhin beobachteten wir bei 61 % der Patienten bei der Aufnahme einen sozialen Rückzug, der meist mittel oder stark ausgeprägt war. Eine Tendenz zum Suizid bestand bei der Aufnahme bei 33 % der Patienten dieser Diagnosengruppe in leichter und mittlerer Ausprägung. Darüber hinaus fand sich anhaltender Aktivitätsverlust bei 19 %. Bei der Entlassung sind 18 % der Patienten noch sozial zurückgezogen, aber nur noch 5 % suizidgefährdet. Bei 10 % beobachtet man bei der Entlassung noch eine leichte Depression. Anhaltender Aktivitätsverlust und Verlangsamung sind noch bei 6 % nachweisbar und 5 % sind noch motorisch gehemmt.

1.1.5.2 SOMATISCHER UND NEUROLOGISCHER BEFUND

Schlaf- und Vigilanzstörungen waren sehr häufig. 66% der Patienten klagten bei der Aufnahme über Einschlafstörungen, 67% über Durchschlafstörungen und bei 47 % ist die Schlafdauer verkürzt. Früherwachen tritt bei 34 % auf und Müdigkeit bei 30 %. Alle genannten Symptome sind am häufigsten in mittlerer Ausprägung vertreten. Bei der Entlassung kommen Einschlafstörungen noch bei 17% vor, Durchschlafstörungen bei 14 %, eine verkürzte Schlafdauer bei 11 %, Früherwachen stellte man noch bei 7 % fest und müde sind noch 8 % der Patienten. Die Symptome treten allerdings bei der Entlassung praktisch nur noch in leichter Ausprägung auf.

Unter den Appetenzstörungen fand man bei der Aufnahme verminderten Appetit bei 67 %, verminderte Sexualität bei 21 %. Die Ausprägungsgrade der beiden Symptome waren bei der Aufnahme meist mittel bis schwer. Bei der Entlassung ist der Appetit noch bei 13 % vermindert in meist leichter Form. Über eine Verminderung der Sexualität klagten

noch 9 %, wobei alle Ausprägungsstärken vertreten sind. An gastro-intestinalen Störungen kam in nennenswertem Umfange nur Obstipation bei der Aufnahme vor. Das Symptom erreichte eine Häufigkeit von 24 %, die Ausprägungsstärke war zumeist mittel. Die Entlassungshäufigkeit beträgt 9 %. Andere somatische Störungen waren sehr selten; lediglich Herzklopfen, Herzdruck, Kopfdruk und vermehrtes Schwitzen fanden sich bei mehr als 10% der Patienten bei der Aufnahme.

Neurologische Störungen wurden selten beobachtet. Am häufigsten war Tremor mit 9 %, der fast ausschließlich leicht bis mittel ausgeprägt war. Mit einer Entlassungshäufigkeit von 9 % wurde für dieses Symptom keine Reduktion der Häufigkeit erreicht.

1.1.6 SYNDROMWERTE (Abb 1.1.1)

siehe Beschreibung der Syndromwerte für Männer und Frauen (Kapitel 1.1a bzw. 1.1b)

1.1a DIAGNOSENGRUPPE Ia: MÄNNER MIT ENDOGENEN MONOPOLAREN DEPRESSIONEN

1.1a.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

In dieser Gruppe finden sich alle Männer zusammengefaßt, bei denen im Berichtszeitraum an unserer Klinik eine Diagnose mit der ICD-Nummer 296.1 oder 298.0 gestellt worden war. Insgesamt handelte es sich um 82 Männer, deren Anteil an der Klinikpopulation 4,1% betrug, an den 1981 behandelten Männer betrug ihr Anteil 8,2%.

1.1a.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 1.2.2)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 44 Tage. Patienten dieser Gruppe wurden zwischen einer und 20 Wochen an unserer Klinik behandelt. Das Gros der Patienten befand sich zwischen 2 und 11 Wochen in der Klinik (82,9%) Behandlungsdauern über 5 bis 7 Wochen waren am häufigsten (bei 24,4%). Behandlungszeiten über 11 Wochen kamen nur bei 6,1% der Patienten vor.

1.1a.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3; Abb 1.3.2)

Das Durchschnittsalter der Patienten dieser Gruppe beträgt 49,9 Jahre. Behandelt wurden Patienten in Alter zwischen 20 und 84 Jahren. Die Altersverteilungskurve zeigt einen Anstieg von niedrigem Niveau in der Gruppe der 35- bis 39-jährigen, um dann in ein Plateau überzugehen, das von 2 Peaks durchbrochen wird. Mit der Altersgruppe der 65- bis 69-jährigen fällt die Kurve dann wieder kontinuierlich. 64 Patienten, d.s. 78,1% waren zwischen 35 und 69 Jahren alt. Die patientenstärkste Altersgruppe sind die 40- bis 44-jährigen; ihr Anteil beträgt 14,6%. Fast genauso häufig sind die 60- bis 65-jährigen vertreten, die 13,4% der Patienten stellen. Nur 13,4% sind jünger als 35 Jahre und nur 8,5% älter als 70 Jahre.

1.1a.4 GAS-WERTE (Tab 0.5; Abb 1.4.2)

Der durchschnittliche Aufnahmewert beträgt 43 Punkte, der durchschnittliche Entlassungswert 67 Punkte, sodaß sich die Verbesserung des GAS-Wertes zu 24 Punkten errechnet. 35 Patienten konnten ihren GAS um mehr als 30 Punkte verbessern. Die Aufnahmekurve zeigt, daß 75% der Patienten mit Werten zwischen 31 und 60 aufgenommen werden. Niedrigere Werte gab es bei 9,8%, höhere bei 12,2%. Am häufigsten waren bei der Aufnahme Werte zwischen 41 und 50 Punkten (29,9%). Bei der Entlassung findet sich eine ähnliche Konzentration der Patienten auf bestimmte GAS-Werte wie bei der Aufnahme. Werte unter 61 Punkten kommen nur noch bei 12,2% vor, Werte zwischen 61 und 70 erreichten 28,1%, zwischen 71 und 80 44,0% und Werte zwischen 81 und 90 fanden sich bei noch 13,4% der Patienten.

1.1a.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6;0.7;1.5a)

1.1a.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen in einem minimalen Umfange vor.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen weisen bei der Aufnahme viele Patienten auf. 57 % haben Konzentrationsstörungen, 37 % Merkfähigkeitsstörungen, 22% Auffassungsstörungen und 21 % Gedächtnisstörungen. Sämtliche genannten Symptome traten meist in leichter oder mittlerer Ausprägung auf. Auch bei der Entlassung sind diese Symptome noch stark vertreten, allerdings nur noch in leichter Ausprägung 27 % haben noch Konzentrationsstörungen, 21 % Merkfähigkeitsstörungen und je 10 % Auffassungs- oder Gedächtnisstörungen.

Formale Denkstörungen waren bei der Aufnahme sehr häufig, die Ausprägungsgrade verschieden: bei gehemmtem (34 %), verlangsamtem (39%), umständlichem (31 %) Denken überwogen Fälle mit leichter oder mittlerer Ausprägung der Symptomatik. Bei eingeeengtem Denken sind alle Symptome

etwa in gleicher Häufigkeit auf die drei Ausprägungsstärken verteilt, beim Grübeln (51 %) ist die Symptomatik mittel bis schwer ausgeprägt und Perseverationen traten entweder in leichter oder schwerer Ausprägung auf. Die übrigen formalen Denkstörungen erreichten Häufigkeiten über 10% nicht. Bei der Entlassung treten alle Symptome mit einer Ausnahme - Grübeln - leicht bis mittel ausgeprägt auf und in geringerer Häufigkeit. So findet man gehemmtes Denken bei 10 %, verlangsamtes Denken bei 13 %, umständliches Denken bei 11%, eingengtes Denken bei 16 % und Grübeln bei 18 %.

Unter den Befürchtungen und Zwängen traf man bei der Aufnahme in größerem Umfange nur auf Mißtrauen mit einer Häufigkeit von 21 %. Alle Ausprägungsgrade sind etwa gleichstark vertreten.

Wahnsymptome kommen in allen Formen vor, jedoch erreichen die wenigsten Häufigkeiten von über 10%. Dies waren Schuldwahn (24 %), Wahngedanken (11%) und Verfolgungswahn (17 %). Bei der Entlassung sind Wahnsymptome sehr selten. Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen nicht vor

Am häufigsten waren Störungen der Affektivität. Symptome, die meist in mittlerer bis schwerer Ausprägung auftraten, waren: Störung der Vitalgefühle (55 %), deprimiert (93 %), hoffnungslos (59 %), klagsam (35 %), Insuffizienzgefühle (48 %), Schuldgefühle (34 %).

In hauptsächlich mittlerer Ausprägung traten auf: innere Unruhe (46 %) und Gefühl der Gefühllosigkeit (21 %). Symptome mit leichter bis mittlerer Ausprägung waren: ratlos (35 %), affektarm (23 %), ängstlich (53 %) und affektstarr (20 %). Bis zu Entlassung sind die meisten der genannten Symptome auf eine Aufnahmehäufigkeit von unter 40% zurückgegangen. Gleichzeitig treten sie bis auf wenige Ausnahme nur noch in leichter bis mittlerer Ausprägung auf. Geringer ist der Rückgang beim Symptom ängstlich. Hier nimmt die Häufigkeit auf 23 % ab. Auch Gereiztheit findet sich nur noch bei der Hälfte der Patienten wie bei der Aufnahme.

Einige Antriebsstörungen finden sich bei Patienten dieser

Gruppe sehr häufig. So waren bei der Aufnahme 57 % antriebsarm und 42 % antriebsgehemmt, wobei das erstgenannte Symptom vorwiegend in mittlerer oder starker Ausprägung auftrat. Bei der Entlassung dominieren Fälle mit leichter Ausprägung, die Häufigkeiten bleiben deutlich hinter den Aufnahmehäufigkeiten zurück.

Ganz typisch für Patienten dieser Gruppe ist das Auftreten circadianer Besonderheiten. 37 % fühlten sich morgens schlechter in überwiegend mittlerer oder starker Ausprägung. Bei der Entlassung sind Symptome dieser Symptomengruppe selten. Morgens schlechter fühlen sich noch 9 %.

Ein sozialer Rückzug fand bei 55 % der Patienten statt. Depressionen beobachtete man bei 45 %. Die Symptome traten überwiegend in starker oder mittlerer Ausprägung auf. In meist leichter Ausprägung fand sich Suizidalität mit einer Aufnahmehäufigkeit von 44 %. Symptom mit mittelschwer ausgeprägter Symptomatik war der anhaltende Aktivitätsverlust (22%). Bei der Entlassung sind die genannten Symptome nur noch selten, von leichter Ausprägung und erreichen mit Ausnahme des sozialen Rückzuges (18 %) in keinem Fall eine Häufigkeit von über 10%.

1.1a.5.2 SOMATISCHER UND NEUROLOGISCHER BEFUND

Besonders typisch für depressive Erkrankungen sind Schlafstörungen. Entsprechend litten bei der Aufnahme 63 % unter Durchschlafstörungen, 61% unter Einschlafstörungen, 44 % unter verkürzter Schlafdauer, 34 % unter Früherwachen und 32 % unter Müdigkeit. Mit Ausnahme der Einschlafstörungen, bei denen Fälle mit leichter oder mittlerer Ausprägung vorherrschen, überwiegen bei den anderen Symptomen Fälle mit mittlerer bis schwerer Ausprägung. Bei der Entlassung finden sich die Symptome praktisch ausschließlich in leichter Ausprägung. Auch die Häufigkeit ist stark zurückgegangen.

Auch Appetenzstörungen sind häufig. 60 % litten bei der Aufnahme unter vermindertem Appetit, meist mittlerer Ausprägung. Verminderte Sexualität fand sich bei 34 % in

vorwiegend schwerer Ausprägung. Bei der Entlassung ist noch bei 16 % die Sexualität vermindert, wenn auch nur noch leicht. 13 % werden mit vermindertem Appetit entlassen.

Unter den übrigen somatischen Störungen erreicht kein Symptom eine Aufnahmehäufigkeit von 20%. Zwischen 10 und 20% Häufigkeit bei der Aufnahme erreichten Obstipation, Mundtrockenheit, Herzdruck, Herzklopfen, Kopfdruk und vermehrtes Schwitzen.

Kein neurologisches Symptom fand sich bei der Aufnahme bei mehr als 10% der Patienten. Am häufigsten war noch Tremor mit 9 % bei der Aufnahme. Sämtliche neurologischen Symptome sind meist leichter, selten mittlerer und ganz selten von schwerer Ausprägung.

1.1a.6 SYNDROME (Abb' 1.1.2)

Das paranoid-halluzinatorische Syndrom, bei der Aufnahme bereits bei Patienten dieser Gruppe um 50% unter dem Sollwert, tritt bei der Entlassung praktisch nicht mehr auf. Dagegen liegt das depressive Syndrom, wie für Patienten dieser Gruppe erwartet werden darf mit 13,9 deutlich über dem Durchschnittswert von 7,6 bei der Aufnahme. Umso dramatischer stellt sich der Rückgang auf 1,8 bei der Entlassung dar. Er bedeutet eine starke Abnahme von Itemhäufigkeit sowie -ausprägung, was sich auch in der Tabelle der psychopathologischen Symptomatik feststellen lässt.

Mit 1,8 liegt der Syndromkennwert des psychorganischen Syndroms minimal über dem Münchener Durchschnittswert. Verantwortlich dafür ist überwiegend die hohe Häufigkeit der Symptome Auffassungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen, denn die übrigen bestimmenden Symptome kommen in dieser Patientengruppe selten vor. Mit der Abnahme der o.g. Symptome bei der Entlassung nimmt auch der Syndromwert auf 0,5 ab.

Das manische Syndrom liegt bei der Aufnahme wie bei der Entlassung erheblich unter dem Durchschnittswert. Grund dafür ist die Tatsache, daß aus der Masse der AMDP-Items,

die dieses Syndrom bilden, ausschließlich antriebsgesteigert und motorisch unruhig in größerer Häufigkeit vorkommen.

Entsprechend fällt auch das Hostility-Syndrom für Patienten dieser Gruppe unter den Durchschnittswert bei Aufnahme wie Entlassung. Eine gewisse Häufigkeit erreichen bei der Bildung dieses Syndroms in dieser Patientengruppe nur die Symptome Mißtrauen und Dysphorie. Andere Symptome sind bei Patienten mit endogener Depression äußerst selten.

Das vegetative Syndrom unterschreitet bei der Aufnahme den Münchener Durchschnittswert mit 1,6 nur gering. Alle AMDP-Items erreichen in der Diagnosengruppe Häufigkeiten zwischen 7 und 20%. Mit der Abnahme der Ausprägungsstärken sowie der Symptommhäufigkeiten fällt der Syndromwert bis zur Entlassung auf 0,4.

Das apathische Syndrom liegt erwartungsgemäß deutlich über dem Durchschnittswert. Sämtliche AMDP-Items sind bei depressiven Patienten sehr häufig. Allerdings findet bis zur Entlassung ein derart starker Rückgang der Ausprägungsstärken auf leichte Formen statt, daß der Syndromwert nur noch 1,3 erreicht.

Das neurologische Syndrom erreicht einen Aufnahmewert von 0,2, liegt aber bei der Entlassung deutlich darunter.

1.1b: DIAGNOSENGRUPPE Ib: FRAUEN MIT ENDOGENER MONOPOLARER DEPRESSION

1.1b.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

Diese Gruppe besteht ausschließlich aus Frauen, bei denen im Berichtszeitraum an unserer Klinik eine Diagnose mit den ICD-Nummern 296.1 oder 298.0 gestellt wurde. Es handelt sich um 224 Patientinnen. Ihr Anteil an der Klinikpopulation beträgt 11,1%, ihr Anteil an der weiblichen Klinikpopulation beträgt 21,7%.

1.1b.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 1.2.3)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Patienten dieser Gruppe betrug 52,5 Tage; es kamen Aufenthalte zwischen einer und 29 Wochen vor. Die Aufenthaltsverteilungskurve zeigt eine deutliche Häufung der Patientenzahlen im Bereich der 3. bis 10. Woche. 74,1% hatten eine entsprechende Aufenthaltsdauer. Bis zur 4. Woche steigt die Kurve kontinuierlich und erreicht in der 5. Woche ihr Maximum mit 15,2%. Ab da fällt sie stetig, von kleineren Anstiegen in der 8., 12. und 17. Woche unterbrochen. Aufenthaltsdauern über 14 Wochen kamen nur bei 7,6% der Patienten vor.

1.1b.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3; Abb 1.3.3)

Das durchschnittliche Alter der Gruppe beträgt 55,7 Jahre, wobei Patientinnen im Alter zwischen 15 und 84 Jahren behandelt wurden. Bis zum 39. Lebensjahr befinden sich nur wenige Patientinnen in Behandlung (11,2%). Mit der Gruppe der 40- bis 44-jährigen steigt die Altersverteilungskurve steil an und bleibt auf hohem Niveau, um dann mit der Gruppe der 75- bis 79-jährigen wieder abzufallen. 88,4% sind zwischen 40 und 79 Jahren alt. Dabei ist die patientenstärkste Altersgruppe die der 60- bis 64-jährigen, die 16,1% umfasst. Danach folgt die der 55- bis 59-jäh-

rigen mit 13,4%.

1.1b.4 GAS-WERT (Tab 0.5; Abb 1.4.3)

Der durchschnittliche Aufnahme-GAS-Wert ist 41 Punkte, der Entlassungs-GAS-Wert 66. Damit beträgt die Verbesserung 25 Punkte. Mit einem GAS-Wert unter 31 werden 4,9% aufgenommen. Ebenfalls wenige haben bei der Aufnahme einen GAS-Wert über 61 (5,8%). 66,5% der Patientinnen haben einen Aufnahme-GAS von 31 bis 50 Punkten. Entlassen werden 16,1% mit einem GAS-Wert unter 61 Punkten. 71,4% haben einen Entlassungs-GAS-Wert zwischen 61 und 80 Punkten, 8% haben einen höheren Wert. 24,6% der Patientinnen verbesserten ihren GAS-Wert um 30 bis 39 Punkte, 17,9% verbesserten ihn um über 40 Punkte.

1.1b.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6;0.7;1.5b)

1.1b.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen nicht vor. Unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind besonders Konzentrationsstörungen mit einer Häufigkeit von 63 % bei der Aufnahme vertreten. Merkfähigkeitsstörungen finden sich bei 34 %, Gedächtnisstörungen bei 25% und Auffassungsstörungen bei 15 %. Alle Symptome treten fast ausschließlich in leichter und mittlerer Ausprägung auf. Bei der Entlassung sind besonders noch Konzentrationsstörungen mit 27 % und Merkfähigkeitsstörungen mit 18 % häufig. Beide Symptome sind leicht ausgeprägt.

Formale Denkstörungen finden sich bei Patienten dieser Gruppe sehr oft. Je 51 % sind bei der Aufnahme in ihrem Denken eingeengt oder grübelten, wobei bei beiden Symptomen die Ausprägung schwer war. 38 % waren in ihrem Denken verlangsamt, 31 % gehemmt. Bis zur Entlassung haben nurmehr die Symptome Grübeln, verlangsamt und eingeengt Häufigkeiten über 10%. Der Ausprägungsgrad ist dann in praktisch allen Fällen leicht.

Unter den Befürchtungen und Zwängen ist nur Mißtrauen zu

nennen, das eine Aufnahmehäufigkeit von 22% hat. Andere Symptome sind selten. Bis zur Entlassung kommt auch Mißtrauen fast nicht mehr vor.

Unter den Wahnformen erreicht nur der Schuldwahn mit 11 % eine Aufnahmehäufigkeit über 10%. Alle Ausprägungsstärken sind etwa gleichstark vertreten. Bei der Entlassung ist auch diese Wahnform selten.

Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen nicht vor.

Die bei weitem häufigsten Störungen finden sich bei den Störungen der Affektivität. Nur die wenigsten Symptome sind mit unter 10% der Patienten vertreten. 91 % sind bei der Aufnahme deprimiert, 72 % ängstlich, je 64 % hoffnungslos oder innerlich unruhig, 69 % geben eine Störung der Vitalgefühle an, 54% leiden unter Insuffizienzgefühlen, 37 % unter Schuldgefühlen, 30 % sind ratlos, 28 % klagen über ein Gefühl der Gefühllosigkeit. Alle genannten Symptome kommen in mittlerer bis schwerer Ausprägung vor. In leichter bis mittlerer Ausprägung findet man Affektarmut (24 %). Klagsam sind 40 % der Patienten und dies in überwiegend mittlerer Ausprägung. Bis zur Entlassung sind die o.g. Symptome unterschiedlich stark zurückgegangen. Während die meisten nur noch bei weniger als 10% der Patienten vorkommen, sind ängstlich (37 %), innerlich unruhig (26 %), deprimiert (24 %), Störung der Vitalgefühle (22 %), und Insuffizienzgefühle (18 %) noch recht häufig. Bis auf wenige Fälle sind die Symptome allerdings leicht ausgeprägt. Als einziges Symptom ist Euphorie bei der Entlassung häufiger als bei der Aufnahme.

Antriebsstörungen sind häufig. Allen voran die Symptome antriebsarm (49 %), antriebsgehemmt (39 %) und motorisch unruhig (28 %). Motorische Unruhe ist leicht bis mittel ausgeprägt, die beiden anderen Symptome mittel bis stark. Bei der Entlassung ist die Ausprägung aller Symptome leicht. Antriebsarmut findet man bei der Entlassung noch bei 16 %, Antriebshemmung bei 11 % und motorische Unruhe bei 9 %.

46 % der Patienten fühlten sich bei der Aufnahme morgens

schlechter, 20 % abends besser. Dabei ist die Symptomatik äußerst unterschiedlich ausgeprägt. Bei der Entlassung geben noch 15 % ein morgentliches Tief an.

Desweiteren trifft man bei 63 % der Patienten auf einen sozialen Rückzug bei der Aufnahme, 29 % sind suizidgefährdet, meist in leichter Form. Bei der Entlassung kommt häufiger nur noch der soziale Rückzug mit einer Häufigkeit von 17 % vor.

1.1b.5.2 SOMATISCHER UND NEUROLOGISCHER BEFUND

Besonders häufig sind Schlafstörungen als Durchschlafstörungen mit einer Häufigkeit von 69 % und leichter bis mittlerer Ausprägung, als Einschlafstörungen bei 68 %, als verkürzter Schlaf bei 48 %, als Früherwachen bei 34 % und als Müdigkeit bei 29%. Bis zur Entlassung gelingt nicht nur eine deutliche Reduktion der Häufigkeiten der einzelnen Symptome, sondern auch eine Verminderung der Ausprägungsstärke. Einschlafstörungen treten dann noch bei 19 % auf, Durchschlafstörungen bei 15 %, verkürzter Schlaf bei 12 % und die beiden anderen Symptome bei weniger als 10% der Patienten.

Weitaus am häufigsten unter den Appetenzstörungen ist verminderter Appetit, der bei der Aufnahme bei 70 % vorliegt. Die Sexualität ist bei 17 % vermindert. Bis zur Entlassung gehen diese Werte unter 20% bzw 10% zurück. Häufigkeiten über 10% erreichen bei der Aufnahme die somatischen Störungen vermehrtes Schwitzen, Kopfdruck, Herzklopfen, Herzdruck und Obstipation. Bei der Entlassung sind sie nicht mehr sehr häufig.

Neurologische Störungen sind allgemein sehr selten. Am häufigsten ist Tremor (10 %), der auch bei der Entlassung bei der gleichen Patientenzahl auftritt.

1.1b.6 SYNDROME (Abb 1.1.3)

Keine, oder zumindest sehr geringe Unterschiede bestehen zwischen den Männern und Frauen der Diagnosengruppe "endogene Depression" in der Verteilung der Syndromwerte.

Der Wert für das paranoid-halluzinatorische Syndrom liegt mit 0,6 bei der Aufnahme deutlich unter dem Durchschnittswert von 2,5. Er ist weiterhin niedriger als der entsprechende Wert der Männer, bei denen die Wahnsymptomatik allgemein nicht nur häufiger, sondern auch stärker ausgeprägt ist. Bei der Entlassung besteht mit 0,1% praktisch kein PAR-HALL mehr.

Erwartungsgemäß stark erhöht ist der Aufnahmewert für das depressive Syndrom mit 15,2. Bis zur Entlassung hat sich dieser Wert deutlich auf 2,1 vermindert. Werte in dieser Höhe werden auch von Pietzcker et al.⁸⁾ für depressive beschrieben.

Das psychoorganische Syndrom erreicht mit 1,3 bei der Aufnahme den Durchschnittswert von 1,7 nicht. Ursache ist das fast völlige Fehlen von Bewußtseins- und Orientierungsstörungen. Der Wert von 1,3 rekrutiert sich fast nur aus den Aufmerksamkeitsstörungen. Entsprechend dem deutlichen Rückgang der Häufigkeit dieser Symptome bis zur Entlassung fällt der Syndromwert auf 0,5 ab.

Das bei depressiven Patienten erwartungsgemäß seltene manische Syndrom liegt um 50% unter den Durchschnittswert bei der Aufnahme. Bis zur Entlassung fällt es auf 0,2.

Das Hostility-Syndrom wird fast nur durch die Symptome Mißtrauen und Dysphorie gebildet. Es erreicht bei der Aufnahme 1,1 bei einem Durchschnittswert von 2,8. Bei der Entlassung fällt dieser Wert auf 0,3.

Mit 1,8 für das vegetative Syndrom entspricht der Aufnahme wert dann genau dem Durchschnittswert. Denn sämtliche AMDP-Items dieses Syndroms finden sich bei depressiven Patienten. Der Entlassungswert von 0,5 trägt dem starken Rückgang dieser Symptomatik Rechnung.

Das apathische Syndrom liegt mit 5,8 bei der Aufnahme weit über dem Durchschnittswert von 3,7. Besonders die AMDP-Items gehemmt, verlangsamt, umständlich und sozialer Rückzug sind in dieser Diagnosengruppe häufig und stark ausgeprägt. Auch bis zur Entlassung kann diese Symptomatik nicht ganz zum Verschwinden gebracht werden, woraus der hohe Entlassungswert von 1,2 resultiert.

Das neurologische Syndrom liegt bei der Aufnahme leicht über dem Durchschnittswert. Bis zur Entlassung fällt der Wert von 0,3 auf 0,2.

1.2 DIAGNOSENGRUPPE II: DEPRESSION IM RAHMEN EINER CYCLOTHYMIE

1.2.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

Im Berichtszeitraum 1981 wurden an unserer Klinik 43 Patienten mit der Diagnose "Depression im Rahmen einer Cyclothymie" stationär behandelt. Dies entspricht einem Anteil an der Klinikpopulation von 2,12%. 13 Patienten waren männlich, ihr Anteil an der Klinikpopulation beträgt 0,64%, ihr Anteil an der männlichen Klinikpopulation beträgt 1,31%. 30 Patienten waren weiblich. Sie stellen einen Anteil von 1,48% der Klinikpopulation, bzw von 2,91% der weiblichen Patienten des Jahres 1981.

Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 1.0 : 2,3.

1.2.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Patienten der Diagnosengruppe beträgt 53 Tage. Dabei war die Aufenthaltsdauer der Frauen mit 58 Tagen bedeutend höher als die der Männer mit 42 Tagen.

Behandelt wurden Patienten zwischen einer und 21 Wochen Aufenthaltsdauer. Die graphische Darstellung zeigt eine deutliche Häufung der Patientenzahlen bei Behandlungsdauern zwischen 5 und 9 Wochen (46% der Patienten), wobei die patientenstärkste Gruppe zwischen 7 und 8 Wochen behandelt wurde (16,3% der Patienten). Auffällig ist weiterhin ein Ansteigen der Patientenzahlen im Bereich der 10. bis 11. Woche (9,3% der Patienten). Länger als 15 Wochen wurden nur noch 4,6% der Patienten behandelt.

Nach Geschlechtern getrennt ergeben sich deutliche Unterschiede. So wurde von den männlichen Patienten keiner länger als 11 Wochen behandelt, wobei 46,2% der Männer zwischen 6 und 9 Wochen an unserer Klinik zubrachten. Bei den Frauen ist die Kurve unregelmäßiger. Sie zeigt ein hohes Patientenaufkommen in der 6. und 8. Woche, mit je 16,7% der weiblichen Patienten, aber auch darüber hinaus

sehr viel längere Behandlungszeiten. Es mussten 2 Patientinnen über 20 Wochen in der Klinik behandelt werden.

1.2.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3, Abb 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3)

Mit 52,3 Jahren ist das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe eines der höchsten der untersuchten Diagnosengruppen. Dabei liegt das durchschnittliche Alter der Frauen mit 54,2 Jahren um mehr als 6 Jahre über dem der Männer, bei denen es 48,1 Jahre beträgt.

Behandelt wurden Patienten im Alter zwischen 20 und 79 Jahren.

Die Altersverteilungskurve der Diagnosengruppe zeigt einen Anstieg bis zu einem Maximum in der Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen. 10 Patienten, d.s. 23% der Patienten der Diagnosengruppe, gehören dieser Altersgruppe an. 12 Patienten, d.s. 27,9%, sind älter als 59 Jahre.

Die Kurve der Männer ergibt ein ausgesprochen homogenes Bild. Es finden sich keine auffälligen Häufungen innerhalb bestimmter Altersgruppen. Das Alter der in der Klinik behandelten männlichen Patienten schwankte zwischen 20 und 69 Jahren.

Das Alter der weiblichen Patienten reichte von 30 bis 79 Jahren. Nachdem die Altersverteilungskurve der Männer, wie oben erwähnt, einen weitgehend geradlinigen Verlauf nimmt, stellt die Kurve der Frauen eine verkleinerte Kopie der Kurve der Diagnosengruppe dar.

1.2.4 GAS-WERTE (Tab 0.5; Abb 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3)

Der durchschnittliche GAS-Wert der Patienten betrug bei der Aufnahme 38 Punkte, bei der Entlassung 67 Punkte. Dabei erreichten die Männer sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung höhere Werte als die Frauen. Die Verbesserung allerdings ist bei den Frauen geringfügig höher als bei den Männern. 18 Patienten, d.s. 41,9% konnten ihren GAS-Wert um 31 bis 40 Punkte verbessern.

Bei der Aufnahme hatten Patienten der Diagnosengruppe GAS-

Werte zwischen 11 und 80 Punkten. Dabei liegt das Maximum im Bereich von 31 bis 40 Punkten. 19 Patienten, d.s. 44,2% wurden mit einem entsprechenden GAS-Wert aufgenommen. Einen Aufnahme-GAS-Wert im Bereich von 41 bis 50 erreichten 27,9%. 7 Patienten hatten bei der Aufnahme einen GAS zwischen 51 und 60. Andere Werte sind bei der Aufnahme selten.

Bei der Entlassung hat die patientenstärkste Gruppe, nämlich 48,8% einen GAS-Wert zwischen 71 und 80 Punkten. 32,6% werden mit einem GAS-Wert zwischen 61 und 70 entlassen, die übrigen Werte finden sich nur selten oder gar nicht.

Die Männer stellen bei der Aufnahme sowohl die Patienten mit dem höchsten als auch dem niedrigsten GAS-Wert. Die patientenstärkste Gruppe der Männer hat einen GAS-Wert im Bereich zwischen 41 und 50 bei der Aufnahme. Bei der Entlassung haben mit einer Ausnahme alle Männer einen GAS-Wert zwischen 61 und 80 Punkten, 61,5% davon im Bereich von 71 bis 80 Punkten.

Der häufigste GAS-Wert der Frauen bei der Aufnahme liegt bei 31 bis 40 Punkten. 56,7% der Patientinnen haben einen entsprechenden Wert. Bei der Entlassung haben 76,7% der Frauen einen GAS-Wert zwischen 61 und 80 Punkten.

1.2.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6, 0.7, 2.5)

1.2.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Bewußtseinsstörungen kommen nicht vor.

Orientierungsstörungen sind sehr selten und lediglich bei der Aufnahme vorhanden.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind sehr häufig; so findet man bei 70% der Patienten bei der Aufnahme Konzentrationsstörungen, 42 % haben Merkfähigkeitsstörungen, 23% weisen Auffassungsstörungen und immerhin noch 21 % Gedächtnisstörungen auf. Alle Symptome treten überwiegend in leichter oder mittlerer Ausprägung auf. Bei der Entlassung finden sich Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen bei weniger Patienten und in meist leichter Aus-

prägung. So liegen noch bei 28 % Konzentrationsstörungen vor und bei 19 % Merkfähigkeitsstörungen, die übrigen Symptome aus dieser Gruppe sind entweder selten oder nicht mehr zu beobachten.

Unter den formalen Denkstörungen ist Grübeln am häufigsten mit 56 %, fast ausschließlich in mittlerer oder schwerer Ausprägung. Ebenfalls häufig sind verlangsamtes (42 %), eingengtes (40 %), umständliches (28 %) und gehemmt (28 %) Denken. Davon ist das Symptom gehemmt mittel bis stark ausgeprägt, verlangsamt zum Großteil mittel ausgeprägt, umständlich in allen Ausprägungsgraden etwa gleichhäufig, eingengt bevorzugt leicht oder schwer. Bei der Entlassung findet man die Symptomatik der formalen Denkstörungen nur noch bei weniger als der Hälfte der Patienten und in weitgehend leichter Ausprägung.

Befürchtungen und Zwänge sind selten. Nur Mißtrauen kommt bei einer größeren Zahl von Patienten (12 %) in vorwiegend leichter Ausprägung vor. Bei der Entlassung treten Symptome dieser Gruppe fast nicht mehr auf.

Wahnsymptome sind ebenfalls selten. Bei der Aufnahme bei maximal 5 Patienten vorhanden, kommen sie bei der Entlassung überhaupt nicht mehr vor. Einzig der für eine depressive Erkrankung typische Schuldwahn tritt bei der Aufnahme bei 5 Patienten in mittlerer bis starker Ausprägung auf.

Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen praktisch nicht vor.

Affektivitätsstörungen sind sehr häufig. 93% der Patienten sind bei der Aufnahme deprimiert, 65 % klagen über eine Störung der Vitalgefühle, 63 % sind hoffnungslos, 58 % ängstlich, 56 % innerlich unruhig und 44 % ratlos. Alle genannten Symptome treten überwiegend in mittlerer oder starker Ausprägung auf. Weitere häufige Symptome sind Gefühl der Gefühllosigkeit (37 %), Affektarmut (26 %), Insuffizienzgefühle (47 %) und Schuldgefühle (33 %). Bei der Entlassung ist neben einer Verschiebung der Ausprägungsstärke zu meist leichteren Fällen außerdem ein beträchtlicher Rückgang der Fallzahlen je Symptom bemerkbar.

Dieser beträgt in der Regel über 50%. Lediglich beim Symptom Angst ist dieser Rückgang nicht so stark.

Unter den Antriebsstörungen finden sich häufig Antriebsarmut mit 63 %, Antriebshemmung mit 44 % und motorische Unruhe mit 30 %. Die Ausprägung ist dabei äußerst unterschiedlich. Andere Störungen aus dieser Gruppe sind bei der Aufnahme selten oder nicht vorhanden. Bei der Entlassung sind Störungen der Psychomotorik selten und leicht ausgeprägt.

Ein morgentliches Tief geben 47 % der Patienten bei der Aufnahme an; bei der Entlassung finden sich circadiane Besonderheiten nur selten.

Weiterhin beobachtet man bei 70% bei der Aufnahme einen sozialen Rückzug, vorwiegend mittel bis stark ausgeprägt. Weiter häufig ist eine Depression zu beobachten (49 %) und bei 40 % der Patienten besteht Suizidgefahr. Diese ist von der Ausprägung her eher leicht und kann bis zur Entlassung fast völlig zum Verschwinden gebracht werden. Analog zu den erwähnten psychomotorischen Störungen zeigt sich anhaltender Aktivitätsverlust bei 28 %, eine Verlangsamung bei 23%. Bei der Entlassung liegen die Häufigkeiten dieser Symptome unter 10%.

1.2.5.2 SOMATISCHER UND NEUROLOGISCHER BEFUND

Die am häufigsten anzutreffenden somatischen Störungen sind Schlafstörungen. Beispielsweise finden sich bei 77 % der Patienten bei der Aufnahme Durchschlafstörungen, die fast ausschließlich in mittlerer und starker Ausprägung vorkommen. Bei der Entlassung klagen immerhin noch 23% über eine derartige Symptomatik. Die Ausprägung ist dann allerdings leicht. 72 % haben bei der Aufnahme Einschlafstörungen, bei 58 % besteht Früherwachen, bei 56 % verkürzter Schlaf und 37 % klagen über Müdigkeit. Alle genannten Symptome treten in mittlerer bis starker Ausprägung auf. Bei der Entlassung sind sie nur noch selten anzutreffen. Am häufigsten sind noch Durchschlafstörungen (23%) in leichter Ausprägung.

Auch Appetenzstörungen sind häufig. Bei der Aufnahme geben 72 % der Patienten einen verminderten Appetit an und bei 26 % besteht eine Verminderung der Sexualität. Beide Symptome sind mittel bis schwer ausgeprägt. Bei der Entlassung ist der Rückgang der Häufigkeit bei vermindertem Appetit weitaus deutlicher (auf 17 %) als bei verminderter Sexualität (auf 14%).

Unter den anderen somatischen Störungen ist das Auftreten von Obstipation mit 28 % Häufigkeit bei der Aufnahme erwähnenswert. Andere Störungen sind selten.

Neurologische Störungen sind selten. Tremor tritt bei 16 % der Patienten bei der Aufnahme auf, bei 12 % bei der Entlassung. Alle übrigen Störungen dieser Gruppe erreichen Häufigkeiten über 10% nicht.

1.2.6 SYNDROME (Abb 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3)

Das paranoid-halluzinatorische Syndrom erreicht - wie bei allen anderen affektiven Psychosen auch - nicht den Durchschnittswert. Dies gilt sowohl für die Aufnahme (0,5) als auch für die Entlassung. Allerdings beobachtet man bei der Aufnahme einen dreifach höheren Syndromwert der Männer gegenüber den Frauen.

Das depressive Syndrom übersteigt bei der Aufnahme erheblich (mit 16,9) den Durchschnittswert, wobei der Wert bei den Frauen noch größer ist. Auch bei der Entlassung ist der Syndromwert bei den Frauen mit 2,7 über dem der Männer mit 1,2.

Das psychoorganische Syndrom erreicht bei der Aufnahme nahezu mit 1,6 den Durchschnittswert. Dies ist vor allem durch die große Häufigkeit entsprechender AMDP-Items bei den Frauen bedingt. Auch bei der Entlassung ist feststellbar, daß weitgehend die Frauen für den Entlassungswert von 0,5 verantwortlich sind. Bei Männern tritt das Syndrom bei der Entlassung praktisch nicht mehr auf.

Der Syndromwert für das manische Syndrom wird in dieser Diagnosengruppe weder von den Männern noch von den Frauen erreicht. Entsprechend einer depressiven Erkrankung sind

die AMDP-Items, die dieses Syndrom bilden, in der Diagnosengruppe sehr selten.

Beim Hostilitätssyndrom bestehen bei der Aufnahme keine Unterschiede in der Höhe zwischen beiden Geschlechtern. Der Syndromwert beträgt für die Diagnosengruppe nur 38% des Durchschnittswertes. Bei der Entlassung findet man bei den Männern keine das Hostilitätssyndrom formenden AMDP-Items, bei den Frauen dagegen schon.

Der Syndromwert des vegetativen Syndrom liegt mit 1,3 für die Diagnosengruppe unter dem Durchschnittswert von 1,7. Dabei bestehen zwischen Männern und Frauen nur geringe Unterschiede. Bei der Entlassung ist der Syndromwert bei den Männern mit 0,5 noch mehr als doppelt so hoch als bei den Frauen mit 0,20. Sämtliche, das Syndrom bildende AMDP-Items sind in der Diagnosengruppe etwa gleichhäufig vertreten.

Das apathische Syndrom liegt mit 6,3 bei der Aufnahme weit über dem Durchschnittswert. Verantwortlich dafür ist die große Häufigkeit und starke Ausprägung der AMDP-Items verlangsamt, umständlich und sozialer Rückzug. Bei der Entlassung erreicht der Syndromwert den Durchschnittswert nicht mehr.

Das neurologische Syndrom ist bei Patienten dieser Diagnosengruppe stark ausgeprägt. Der Wert von 0,5 bei der Aufnahme übersteigt den Durchschnittswert erheblich. Auch bei der Entlassung ist der Syndromwert noch das doppelte des Durchschnittswertes. Die Werte der Frauen liegen dabei über denen der Männer.

1.3 DIAGNOSENGRUPPE III: MANIEN

1.3.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

Im Jahre 1981 wurden an unserer Klinik 77 Patienten stationär behandelt, bei denen eine Diagnose mit der ICD-Nummer 296.0 oder 296.2 gestellt wurde. Dies entspricht einem Anteil an der Klinikpopulation von 3,8%.

37 dieser Patienten waren Männer, 40 waren Frauen. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt somit 1,0 : 1,1.

Der Anteil der Männer an der Klinikpopulation beträgt 1,83%, an den an der Klinik behandelten Männern beträgt ihr Anteil 3,72%. Der Anteil der Frauen an der Klinikpopulation beträgt 1,97%, der Anteil an den insgesamt behandelten Frauen beträgt 3,88%.

1.3.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3)

Patienten dieser Diagnosengruppe waren zwischen einer und 13 Wochen an unserer Klinik in Behandlung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für die Diagnosengruppe betrug 38 Tage, für Männer 34 Tage und für Frauen 41 Tage.

Die Kurve der Diagnosengruppe zeigt ein Maximum im Bereich der 4. bis 6. Woche mit 45,5% der Patienten. Dann fällt die Kurve, bleibt später auf niedrigem Niveau konstant.

Die Kurve der Männer ist der der Diagnosengruppe sehr ähnlich, die Kurve der Frauen dagegen zeigt eher Plateauform mit einem Maximum in der 5. Woche.

1.3.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3; Abb 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3)

Das Durchschnittsalter der Patienten der Diagnosengruppe beträgt 43,2 Jahre. Das Alter der Männer ist um mehr als 3 Jahre niedriger als das der Frauen. Es beträgt 41,5 Jahre, das der Frauen 44,8 Jahre. Behandelt wurden Patienten im Alter zwischen 15 und 89 Jahren.

Die Altersverteilungskurve zeigt einen steilen Anstieg in der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen mit 18,4%, dann

einen Abfall und darauf einen erneuten Anstieg in der Gruppe der 35- bis 39-jährigen mit 20,8%. Zwischen 20 und 39 Jahren sind 58,5% der Patienten. Dann fällt die Kurve auf deutlich niedrigere Werte. Lediglich in der Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen steigt die Kurve noch einmal an.

Die Kurve der Männer stellt eine verkleinerte Kopie der Kurve der Diagnosengruppe dar. Frauen wurden im Alter zwischen 20 und 89 Jahren behandelt, stellen mithin die jüngsten als auch ältesten Patienten. Bei ihnen ist der prozentuale Anteil bei den 35- bis 39-jährigen mit 22,5% am höchsten.

1.3.4 GAS-WERTE (Tab 0.5; Abb 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3)

Der durchschnittliche GAS-Wert der Diagnosengruppe beträgt bei der Aufnahme 40 Punkte, bei der Entlassung 64. Die Kurve der Aufnahme weist eine konstante Zunahme der Patientenzahlen bis zu einem ersten Gipfel im Bereich von 31 bis 40 auf (27,2%). Die patientenstärkste Gruppe mit 32,5% hat bei der Aufnahme einen GAS-Wert im Bereich zwischen 51 und 60. 3 Patienten hatten einen noch höheren GAS.

Die häufigste Verbesserung des GAS betrug 20 bis 29 Punkte. 28,6% der Patienten verbesserten bis zur Entlassung ihren GAS-Wert um diesen Betrag. Die Entlassungswerte steigern sich treppenförmig; 3 Patienten haben bei der Entlassung einen GAS niedriger als 41. Die meisten Patienten (41,6%) liegen mit ihrem Entlassungswert im Bereich zwischen 71 und 80. Bei 2 Patienten ist der Entlassungswert höher.

Bei den Männern beträgt der durchschnittliche Aufnahmewert 42 Punkte, der Entlassungswert 64 Punkte. Sowohl Aufnahme- als auch Entlassungswert liegen über dem der Frauen, die durchschnittliche Verbesserung ist jedoch geringer.

Die GAS-Aufnahmekurve der Frauen lässt eine stetige Zunahme der Patientenzahlen bis zu einem GAS-Wert von 51 bis 60 erkennen. Bei Betrachtung der Entlassungskurve und Vergleich mit der Aufnahmekurve wird die Verbesserung des

GAS-Wertes deutlich: bei der Aufnahme haben 5% der Frauen einen GAS-Wert zwischen 61 und 80 Punkten; bei der Entlassung sind es 73%. Die Kurven der Frauen zeigen ein erstaunliches Maß an Übereinstimmung mit der Kurve der Diagnosengruppe.

1.3.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6, 0.7, 3.5)

1.3.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Orientierungsstörungen kommen selten vor. Weniger als 10% der Patienten weisen bei der Aufnahme ein Symptom aus dieser Gruppe auf und dieses dann in vorwiegend leichter Ausprägung.

Bedeutend häufiger sind Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. So kommen bei 68 % der Patienten Konzentrationsstörungen vor, in meist mittlerer Ausprägung. Auch Merkfähigkeitsstörungen liegen bei der Aufnahme bei über 30% der Patienten vor, zu 86% in leichter oder mittlerer Ausprägung. Auffassungsstörungen fand man bei 26% und Gedächtnisstörungen noch bei 22 %. Die Symptomatik war bei beiden Symptomen leicht bis mittel ausgeprägt. Eindrucksvoll ist der Rückgang der Fallzahlen bis zur Entlassung. 6 der 20 Patienten mit Auffassungsstörungen geben diese noch an; Fälle mit Konzentrationsstörungen halbieren sich; gleichzeitig nimmt der Ausprägungsgrad ab. Gedächtnisstörungen kommen noch bei 13% vor und Merkfähigkeitsstörungen noch bei 18 %.

Formale Denkstörungen sind häufig. Besonders häufig das Auftreten von Ideenflucht (70 %) in überwiegend mittlerer bis starker Ausprägung. Weitere Symptome aus dieser Gruppe sind: Vorbeireden (29 %; leicht bis mittel ausgeprägt), Inkohärenz (22 %; leicht bis mittel ausgeprägt). Übrige Denkstörungen finden sich nur selten. Bei der Entlassung sind alle Symptome dieser Gruppe selten und nicht mehr von starker Ausprägung. Einzig Ideenflucht findet man noch bei 20 %.

Befürchtungen und Zwänge sind selten. Am häufigsten findet man noch Mißtrauen.

Auch Wahnsymptome sind bei manischen Patienten selten. Am häufigsten sind noch Wahneinfälle, Wahngedanken und Größenwahn, die alle leicht bis mittel ausgeprägt sind. Doch erreicht keines dieser Symptome eine Häufigkeit von über 20%. Bei der Entlassung liegt Wahn nur noch bei wenigen Patienten vor.

Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen bei den Patienten mit Manie nicht vor.

Häufig sind dagegen Störungen der Affektivität. Innerhalb der untersuchten Diagnosengruppen finden sich folgende Symptome bei der Aufnahme in dieser Gruppe am häufigsten: Euphorie mit 74%, Dysphorie mit 46 %, Gereiztheit mit 62 %, gesteigertes Selbstwertgefühl mit 49 % und Affektlabilität mit 30 %. Diese Symptome zeigen zumeist eine mittlere Ausprägungsstärke. Weiterhin ist noch als häufiges Symptom innere Unruhe zu nennen, die bei 52 % der Patienten auftritt. Bei der Entlassung gehen die Häufigkeiten der genannten Symptome sehr stark zurück, die Ausprägungsstärke verschiebt sich zu leichteren Formen. Es fällt jedoch eine Zunahme der Fallzahlen der Symptome Insuffizienz- und Schuldgefühle auf. Auch bei den Symptomen deprimiert und hoffnungslos trat gegenüber dem Aufnahmebefund nur eine Verbesserung in Bezug auf die Ausprägung ein, nicht jedoch auf die Häufigkeit.

Unter den Antriebsstörungen finden sich besonders Antriebssteigerung mit 87%, motorische Unruhe mit 57 %, Logorrhoe mit 48 %. Die Symptome sind mittel bis schwer ausgeprägt. In keiner anderen Diagnosengruppe erreichen die Symptome Antriebssteigerung und Logorrhoe höhere Werte. Bis zur Entlassung gehen die Fallzahlen aller Symptome stark zurück - bei Antriebssteigerung auf 34 %, bei motorischer Unruhe auf 22 % und bei Logorrhoe auf 25 % - gleichzeitig nimmt der Ausprägungsgrad ab.

Circadiane Besonderheiten verzeichnen wir nicht.

Folgende Störungen findet man weiterhin häufig bei der Aufnahme in dieser Diagnosengruppe: soziale Umtriebigkeit bei 47 %, Aggressivität bei 44 %, Mangel an Krankheitsgefühl bei 51 %, Mangel an Krankheitseinsicht bei 53 %,

Ablehnung der Behandlung bei 21 %, schließlich vertrauliche Distanzlosigkeit bei 30 %. Ein einheitliches Bild der Ausprägungsstärke lässt sich nicht angeben. Vielmehr kommen alle Stärken vor. Bei der Entlassung haben sich alle Symptome in ihrer Häufigkeit mehr als halbiert. Gleichzeitig liegen meist leichte Ausprägungen vor. Den grössten Rückgang verzeichnet Aggressivität mit einem Entlassungswert von 7 %.

1.3.5.2 SOMATISCHER UND PSYCHISCHER BEFUND

Schlafstörungen sind häufig vertreten. Bei der Aufnahme zeigen 54,6% Einschlaf-, 61% der Patienten Durchschlafstörungen; ebensoviele Patienten leiden unter einer verkürzten Schlafdauer. Schlafstörungen sind weitgehend mittel bis stark ausgeprägt. Bei der Entlassung werden die o.g. Symptome nur noch selten festgestellt. Es klagen noch 10,4% über Einschlafstörungen, 16,9% über Durchschlafstörungen, bei 11,7% ist der Schlaf verkürzt. Das Symptom Müdigkeit hat bis zur Entlassung in seiner Häufigkeit von 5,2% auf 11,7% zugenommen.

Die anderen somatischen Störungen sind selten. In der Regel sind ein bis fünf der 77 Patienten davon betroffen. Einzige Ausnahme bildet der verminderte Appetit, der sich bei der Aufnahme bei 19,5% der Patienten findet.

Neurologische Störungen waren sehr selten. Bemerkenswert ist jedoch, daß die Entlassungshäufigkeiten von Tremor mit 15,6% und von Rigor mit 5,2% deutlich über den Aufnahmewerten liegen.

1.3.6 SYNDROME (Abb 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3)

Wahnsymptome und Illusionen kommen bei manischen Patienten fast nicht vor. Entsprechend unterschreitet der Syndromwert der Diagnosengruppe mit 0,6 bei der Aufnahme erheblich den Durchschnittswert des paranoid-halluzinatorischen Syndroms. Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen nicht.

Das depressive Syndrom liegt mit 4,1 für die Diagnosengruppe deutlich unter dem Durchschnittswert. Verantwortlich für den geringen Wert ist das fast völlige Fehlen aller bestimmenden Symptome mit Ausnahme der Schlafstörungen. Bei den Frauen scheint die depressive Symptomatik leicht stärker ausgeprägt, sodaß ein etwas höherer Syndromwert resultiert. Mit der Abnahme der Schlafstörungen bis zur Entlassung stellt sich für die Diagnosengruppe ein sehr niedriger Wert von 0,8 ein.

Das psychoorganische Syndrom übersteigt bei der Aufnahme für diese Diagnosengruppe gering den Durchschnittswert. Der Wert ist bei den Frauen höher als bei den Männern. Bei der Entlassung beträgt der Kennwert für die Diagnosengruppe nur noch 0,7.

Sehr hoch ist natürlich der Wert für das manische Syndrom bei der Aufnahme und dabei für Frauen noch um 25% über dem der Männer. Selbst bei der Entlassung liegt der Wert für die Diagnosengruppe noch über dem Durchschnittswert.

Auch das Hostilitysyndrom erreicht bei der Aufnahme für die Diagnosengruppe das Doppelte des Durchschnittswertes. Alle Items sind bei manischen Patienten häufig. Der Aufnahmewert der Frauen liegt deutlich über dem der Männer (7,0 gegenüber 4,0). Bei der Entlassung erreicht der Syndromkennwert bei den Frauen mit 2,2 immer noch fast den Durchschnittswert, bei den Männern hingegen ist er auf 1,0 abgesunken.

Das vegetative Syndrom liegt bei manischen Patienten deutlich über dem Durchschnittswert. Zwischen den Geschlechtern bestehen keine Unterschiede.

Erwartungsgemäß sehr niedrig ist der Wert für das apathische Syndrom, der für die Diagnosengruppe bei der Aufnahme um ca. 75% unter dem Durchschnittswert liegt. Noch geringer sind die Entlassungswerte. Zwischen Männern und Frauen bestehen keine Unterschiede.

Der Durchschnittswert für das neurologische Syndrom wird bei der Aufnahme von den Männern über-, von den Frauen unterschritten. Entsprechend der Zunahme neurologischer Symptome bei der Entlassung steigt auch der Syndromwert an

1.4 DIAGNOSENGRUPPE IV: ANDERE AFFEKTIVE PSYCHOSEN

1.4.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

Im Berichtszeitraum wurden 24 Patienten, d.s. 1,19% der Klinikpopulation an der Klinik aufgenommen, bei denen eine Diagnose mit den ICD-Nummern 296.4 bis 296.9 gestellt wurde. 9 Patienten waren männlich, 15 waren weiblich. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 1,0 : 1,7.

1.4.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 4.2)

Mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 57 Tagen nimmt die Diagnosengruppe innerhalb der beschriebenen Gruppen einen Spitzenplatz ein. Die Aufenthaltsdauer der Frauen liegt mit 61 Tagen um 10 Tage über der der Männer. Bei weitem die meisten der Männer als auch die meisten der Patienten der Diagnosengruppe befinden sich kürzer als 8 Wochen in stationärer Behandlung. Bei den Männern sind es 77,8%, bei den Frauen nur 66,6%. Unterschiede darüber hinaus bestehen in nur geringem Umfang.

1.4.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3; Abb 4.3)

Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe beträgt 43,3 Jahre. Dabei liegt das Durchschnittsalter der Männer mit 47,6 Jahren um 6,9 Jahre über dem der Frauen. Die Altersverteilungskurve der Diagnosengruppe zeigt, daß die meisten Patienten im Alter zwischen 30 und 55 Jahren zu finden sind (79,2%). 8,4% sind jünger, 12,5% älter. Die Altersverteilungskurve der Frauen ist gegenüber der der Männer mehr zu jüngeren Lebensaltern verschoben. So ist nur eine Patientin älter als 55 Jahre.

1.4.4 GAS-WERTE (Tab 0.5; Abb 4.4)

Der durchschnittliche GAS-Wert bei der Aufnahme für die Diagnosengruppe beträgt 40 Punkte, bei der Entlassung 66

Punkte. GAS-Werte der Männer und Frauen gleichen sich stark. Bei der Aufnahme finden sich die meisten Patienten (66,6%) der Diagnosengruppe in den GAS-Kategorien zwischen 31 und 50 Punkten, bei der Entlassung haben 87,5% der Patienten einen GAS-Wert zwischen 51 und 80, 45,8% einen GAS-Wert zwischen 71 und 80.

1.4.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6, 0.7, 4.5)

1.4.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen nicht vor. Unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen finden sich am häufigsten Konzentrationsstörungen (63 %), die wie auch die übrigen Symptome dieser Gruppe leicht bis mittel ausgeprägt sind. Merkfähigkeitsstörungen treten bei 42 % der Patienten bei der Aufnahme auf. Bei der Entlassung sind die o.g. Symptome noch bei 21 % der Patienten vorhanden, die Ausprägung ist dann meist leicht.

Formale Denkstörungen sind allgemein recht häufig. Bei 37,5% findet sich eingeengtes Denken, bei 29 % Ideenflucht oder Grübeln, bei 21 % ist das Denken verlangsamt oder es liegt Gedankendrängen vor. Ausgeprägt sind die Symptome meist leicht bis mittel. Bei der Entlassung sind umständliches Denken mit 13 % und eingeengtes Denken mit 17 % am häufigsten. Die Entlassungssymptomatik ist bis auf wenige Ausnahmen leicht ausgeprägt.

Unter den Befürchtungen und Zwängen ist lediglich Mißtrauen mit einer Aufnahmehäufigkeit von 21 % zu nennen. Es tritt in leichter Ausprägung auf.

Unter den Wahnformen - die bis auf wenige Ausnahmen alle bei der Aufnahme zu finden sind - erreicht keines eine Häufigkeit von 20% oder mehr. Bei der Entlassung treten keine Wahnsymptome mehr auf.

Störungen der Affektivität sind sehr häufig. Im Gegensatz zu den reinen Depressionen bzw. Manien decken die anderen affektiven Psychosen das ganze Spektrum an Affektivitätsstörungen ab. Die Symptome sind dabei meist leicht bis

mittel ausgeprägt, obwohl auch schwere Formen vorkommen. Am häufigsten bei der Aufnahme sind deprimiert (54 %), ängstlich und euphorisch (33 %), innerlich unruhig (54 %), Insuffizienzgefühle (42 %) und Dysphorie und die Störung der Vitalgefühle bei je 30 % der Patienten. Aber auch gesteigerte Selbstwertgefühle, Hoffnungslosigkeit, Ambivalenz und Affektlabilität finden sich bei über 20% der Patienten. Bei der Entlassung sind die meisten Symptome selten, die Ausprägung ist bis auf wenige Ausnahmen leicht. In nennenswerter Häufigkeit finden sich noch deprimiert mit 17 %, Euphorie mit 25%, Insuffizienzgefühle mit 21 %.

Antriebsstörungen sind besonders bei der Aufnahme häufig. So sind 50% antriebsgesteigert, 46 % motorisch unruhig, 33 % logorrhöisch, 29 % antriebsgehemmt, 25% antriebsarm und 21 % theatralisch. Die Ausprägung der Symptome ist meist leicht bis mittel. Als Entlassungssymptomatik sind vor allem noch Antriebssteigerung mit 17 % und Theatralik mit 13 % zu nennen.

Circadiane Besonderheiten treten praktisch nicht auf. Weiter zeigen 25% der Patienten bei der Aufnahme Mangel an Krankheitsgefühl, 29 % zeigen auch Mangel an Krankheitseinsicht. Soziale Umtriebigkeit beobachten wir bei 25%, Depression bei 25%, Aggressivität bei 25%, schließlich einen sozialen Rückzug bei 21 %. Bei der Entlassung ist lediglich ein Symptom - Mangel an Krankheitseinsicht - noch häufiger anzutreffen. Sowohl bei der Aufnahme wie bei der Entlassung ist die Ausprägung der Symptome zumeist leicht, seltener mittel und ganz selten stark.

1.4.5.2 SOMATISCHER UND NEUROLOGISCHER BEFUND

Unter den somatischen Störungen sind ganz besonders häufig Schlafstörungen. Genannte Störungen finden sich als Durchschlafstörungen (58,4%) und Einschlafstörungen (54,2%) bei der Aufnahme. Aber 50% der Patienten klagen bei der Aufnahme auch über verkürzten Schlaf, 20,8% über Früherwachen. Die Ausprägung der Symptome ist zumeist leicht bis mittel,

schwere Formen sind eher selten.

Appetenzstörungen im Sinne eines verminderten Appetits, finden sich bei 33,3% der Patienten bei der Aufnahme in überwiegend mittlerer Ausprägung. Bei der Entlassung sind sie nicht mehr vorhanden.

Andere somatische Störungen finden sich nur in nicht nennenswerten Häufigkeiten.

Als einziges neurologisches Symptom findet man Tremor bei 12,5% der Patienten bei der Aufnahme.

1.4.6 SYNDROME (Abb 4.1)

Der Syndromwert für das paranoid-halluzinatorische Syndrom liegt bei den Männern bei der Aufnahme leicht über dem Durchschnittswert von 2,5, für Frauen mit 0,7 erheblich darunter. Bei der Entlassung ist der Wert infolge Fehlens entsprechender Symptome Null.

Das depressive Syndrom überschreitet für Frauen mit 10,2 bei der Aufnahme den Durchschnittswert erheblich, bei den Männern beträgt der Wert nur 4,8. Bis zur Entlassung findet bei den Frauen ein starker Rückgang auf 1,0, für Männer auf 1,6 statt.

Mit Ausnahme der Gedächtnisstörungen sind die das psychoorganische Syndrom bestimmenden Symptome in dieser Diagnosengruppe selten. Daher bleibt auch der Kennwert für die Diagnosengruppe, für Männer und für Frauen sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung weit unter dem Durchschnittswert von 1,7.

In den Syndromwerten für das manische Syndrom zeigt sich der bipolare Charakter dieser Diagnosengruppe. Männer (5,2) und Frauen (4,2) überschreiten den Durchschnittswert von 1,8 bei der Aufnahme stark. Bis zur Entlassung geht er mit der Abnahme der manischen Symptomatik auf 0,9 (Männer) bzw. 0,6 (Frauen) zurück.

Das Hostility-Syndrom liegt bei den Männern genau in der Höhe des Durchschnittswertes, bei den Frauen mit 3,3 etwas darüber. Dies ist vor allem auf die häufigen Symptome Gereiztheit, Aggressivität, Mangel an Krankheitsgefühl und

-einsicht zurückzuführen. Bei der Entlassung finden sich diese Symptome nur selten.

Vegetative Symptome kommen in dieser Diagnosengruppe fast nicht vor. Folglich bleibt auch das vegetative Syndrom bei Aufnahme wie Entlassung weit unter dem Durchschnittswert von 1,7.

Das apathische Syndrom erreicht bei der Aufnahme 2,5, wobei Frauen mit 3,1 fast in Höhe des Durchschnittswertes liegen. Bei der Entlassung finden sich nur noch wenige dieses Syndrom bildende Symptome. Der Wert für die Diagnosengruppe sinkt auf 1,0.

Neurologische Symptome sind, obschon selten, ausreichend vorhanden, um den Durchschnittswert von 0,2 mit 0,3 zu überschreiten. Bei der Entlassung findet bei den Männern ein Rückgang auf Null, bei den Frauen nur auf 0,2 statt.

1.5 DIAGNOSENGRUPPE V: ANDERE NICHTORGANISCHE PSYCHOSEN

1.5.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

Von den 2026 im Jahre 1981 stationär behandelten Patienten wurde bei 16 eine Diagnose mit der ICD-Nummer 298.2 bis 298.9 gestellt. Der Anteil der Diagnosengruppe an der Klinikpopulation beträgt 0,79%. 12 der 16 Patienten waren Frauen, 4 waren Männer.

Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 1,0 : 3,0.

1.5.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 5.2)

Patienten mit den o.g. Diagnosen waren zwischen einer und 10 Wochen in unserer Klinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 26 Tagen die kürzeste aller untersuchten Diagnosengruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Männer ist mit 19 Tagen um 9 Tage geringer als die der Frauen. 13 Patienten, d.s. 81,3% waren zwischen einer und 5 Wochen in Behandlung.

1.5.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3; Abb 5.3)

Das Durchschnittsalter ist mit 34,3 Jahren das niedrigste aller untersuchten Diagnosengruppen. Das Durchschnittsalter der Männer ist mit 30 Jahren um 5,8 Jahre niedriger als das der Frauen. Behandelt wurden Patienten im Alter zwischen 15 und 69 Jahren. Die Frauen stellen sowohl den jüngsten als auch den ältesten Patienten. 43,7% der Patienten der Diagnosengruppe sind zwischen 26 und 35 Jahren alt.

1.5.4 GAS-WERTE (Tab 0.5; Abb 5.4)

Bei der Aufnahme beträgt der GAS-Wert für die Diagnosengruppe 39 Punkte, für Männer 45 und für Frauen 38 Punkte. Bei der Entlassung erreicht der GAS-Wert der Diagnosengruppe 68, der Frauen 66 und der Männer 73 Punkte. Sowohl

Männer als auch Frauen erreichten den für ihr Geschlecht höchsten Entlassungswert innerhalb aller untersuchten Diagnosengruppen. 13 der 16 Patienten haben bei der Aufnahme einen GAS-Wert zwischen 31 und 60 Punkten, 50% liegen unter 41 Punkten. Bei der Entlassung liegen 43,7% der Patienten zwischen 71 und 80 Punkten, 12,5% darüber.

1.5.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6, 0.7, 5.5)

1.5.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen kommen lediglich bei der Aufnahme und in nur geringem Umfange vor.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind häufiger. 38 % der Patienten haben bei der Aufnahme Konzentrationsstörungen, 31 % leiden unter Auffassungsstörungen; Merkfähigkeitsstörungen findet man bei 19 %. Alle Symptome sind leicht bis mittel ausgeprägt. Bei der Entlassung treten diese Symptome nur noch selten und leicht ausgeprägt auf.

Formale Denkstörungen finden sich bei einer Vielzahl von Patienten. So sind bei der Aufnahme je 31 % verlangsamt oder im Denken eingeengt, grübeln, reden vorbei oder sind inkohärent. Die Ausprägung ist leicht bis mittel. Umständliches oder gesperrtes Denken zeigen 25%. Bei der Entlassung sind formale Denkstörungen nur noch selten zu finden.

Unter den Befürchtungen und Zwängen ist Mißtrauen bei 44 % der Patienten in unterschiedlichster Ausprägung vorhanden.

Sehr häufig sind Wahnsymptome. Wahnstimmung, Wahndynamik, Beziehungswahn, Schuldwahn und Beeinträchtigungswahn sind sogar in keiner anderen der untersuchten Diagnosengruppen häufiger. 44 % leiden bei der Aufnahme unter einem Beeinträchtigungswahn, bei 38 % liegt Wahnstimmung vor und je 31 % haben Wahngedanken oder einen Beziehungswahn. Wahndynamik tritt bei 25% der Patienten auf. Die Ausprägung ist dabei von Symptom zu Symptom äußerst unterschiedlich. Bei der Entlassung treten praktisch keine Wahnsymptome

mehr auf.

Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind selten.

Störungen der Affektivität sind häufig. So findet man bei der Aufnahme deprimiertes Verhalten bei 81 %, Angst bei 75% und innere Unruhe bei 63 %. Schuldgefühle finden sich bei 41 %, ratlos sind 31 % und Insuffizienzgefühle zeigen ebenfalls 31 %. Parathymie schließlich beobachtet man bei 25%. Alle Symptome sind von leichter oder mittlerer Ausprägung. Bei der Entlassung sind Affektivitätsstörungen nur noch selten. Lediglich Angst (25%), innere Unruhe (19 %) und Schuldgefühle (19 %) treten noch häufiger auf. Sämtliche bei der Entlassung noch vorhandenen Symptome finden sich in leichter Ausprägung.

Unter den Antriebsstörungen überwiegen Logorrhoe mit 31 % und motorische Unruhe mit 31 %. Beide Symptome treten in leichter bis mittlerer Ausprägung auf, beide Symptome sind bei der Entlassung nicht mehr vorhanden.

Circadiane Besonderheiten werden nicht beobachtet.

Unter den übrigen Störungen findet man bei der Aufnahme sozialen Rückzug bei 56 %, Mangel an Krankheitsgefühl bei 31 % oder an Krankheitseinsicht bei 38 %; bei 25% ist eine Depression zu beobachten. Alle Symptome treten in leichter bis mittlerer Ausprägung auf. Suizidalität tritt bei 25% der Patienten auf. Bei der Entlassung sind alle Störungen selten.

1.5.5.2 SOMATISCHER UND NEUROLOGISCHER BEFUND

Unter den somatischen Störungen sind am häufigsten Schlafstörungen anzutreffen. 56 % leiden unter Einschlafstörungen, 50% unter verkürzter Schlafdauer, 38 % unter Durchschlafstörungen. Die Ausprägung ist dabei leicht bis mittel, beim verkürzten Schlaf auch schwer. 19 % werden mit Einschlafstörungen, 13 % mit Durchschlafstörungen oder verkürzter Schlafdauer entlassen. Müdigkeit, bei der Aufnahme nur bei 13 % vorhanden, findet sich bei der Entlassung bei 25%.

Appetenzstörungen finden sich bei der Aufnahme als Appe-

titverminderung und als Verminderung des Sexualtriebes bei 19 %.

Die übrigen somatischen Störungen sind selten. Allerdings übersteigt bei den Symptomen vermehrter Appetit, vermehrter Durst, Hypersalivation und Akkomodationsstörungen die Entlassungshäufigkeit die der Aufnahme.

Neurologische Störungen treten bei nur wenigen Patienten auf. Rigor, Tremor und Akathisie sind bei der Entlassung häufiger als bei der Aufnahme.

1.5.6 SYNDROME (Abb 5.1)

Die Diagnosengruppe hat als Aufnahmewert des paranoid-halluzinatorischen Syndroms den sehr hohen Wert von 4,1. Dabei liegt der Wert der Frauen mit 4,6 viel höher als der der Männer mit 2,8. Entsprechend dem hohen Syndromwert steht die Wahnsymptomatik bei Patienten dieser Diagnosengruppe im Vordergrund. Da bei der Entlassung diese AMDP-Items nicht mehr auftreten, fällt auch der Syndromwert stark auf 0,1.

Sehr hoch ist bei der Aufnahme das depressive Syndrom. Es beträgt für die Diagnosengruppe 6,1, für Männer 5,3 und für Frauen 6,4. Dabei sind vor allem die häufigen und stark ausgeprägten Symptome verkürzte Schlafdauer, Durchschlafstörungen und Schuldgefühle für den Wert verantwortlich. Da bei der Entlassung kaum noch die genannten Symptome auftreten, geht der Syndromwert für die Diagnosengruppe auf 0,9 zurück.

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen sowie Aufmerksamkeitsstörungen - in dieser Diagnosengruppe selten und nur leicht ausgeprägt - bewirken ein niedriges psychoorganisches Syndrom von 1,1 bei der Aufnahme und von 0,1 bei der Entlassung.

Im Durchschnitt liegt der Wert für das manische Syndrom (1,8). Besonders die Symptome Antriebssteigerung und motorische Unruhe sind dafür verantwortlich. Bei der Entlassung ist manische Symptomatik sehr selten, bei Frauen nicht mehr vorhanden.

Auch das Hostility-Syndrom, bei der Aufnahme bei Männern und Frauen etwa gleichhäufig und in Höhe des Durchschnittswertes, ist bei der Entlassung kaum ausgeprägt. Weit unter dem Durchschnitt liegt der Aufnahmewert der Diagnosengruppe für das vegetative Syndrom mit 0,3. Die AMDP-Items kommen in dieser Diagnosengruppe fast nicht vor. Bei der Entlassung ist der Syndromwert noch weiter gefallen.

Das apathische Syndrom bleibt bei der Aufnahme für die Frauen knapp (3,5), für die Männer deutlich unter dem Durchschnittswert. Bei der Entlassung erreicht der Syndromwert der Diagnosengruppe nur noch 0,5.

Neurologische Symptome treten praktisch nicht auf. Entsprechend niedrig sind auch die Kennwerte des neurologischen Syndroms.

1.6 DIAGNOSENGRUPPE VI: AKUTE ORGANISCHE PSYCHOSEN

1.6.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

1981 wurden an unserer Klinik 93 Patienten behandelt, bei denen eine Diagnose aus dem Bereich der akuten organischen Psychosen gestellt wurde. Diese 93 Patienten entsprechen einem Anteil von 4,59% der Klinikpopulation.

65 Patienten waren Männer, 28 Patienten Frauen. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 2,3 : 1,0.

Die männlichen Patienten entsprechen einem Anteil der Klinikpopulation von 3,21%, bzw. einem Anteil von 6,53% an der männlichen Klinikpopulation.

Die weiblichen Patienten entsprechen einem Anteil von 1,38% an der Klinikpopulation, bzw. von 2,72% an den insgesamt behandelten weiblichen Patienten.

1.6.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3)

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe beträgt 27 Tage und ist damit die zweitkürzeste innerhalb der untersuchten Diagnosengruppen. Nach Geschlechtern getrennt beträgt die Aufenthaltsdauer für Männer 32 Tage, für Frauen 25 Tage.

Behandelt wurden Patienten mit einer Aufenthaltsdauer zwischen einer und 21 Wochen. Dabei fallen Behandlungen über einen Zeitraum von 7 Wochen hinaus prozentual nicht mehr ins Gewicht (nur 7,5% der Patienten). 63,5% waren zwischen einer und vier Wochen in Behandlung. Behandlungszeiten zwischen vier und sieben Wochen gab es bei 29%.

Die Kurve der Männer ähnelt der Kurve der Diagnosengruppe sehr. 18,5% der männlichen Patienten waren bis zu zwei Wochen in Behandlung, 21,6% zwischen zwei und drei Wochen. Ab der vierten Woche fällt die Kurve der Männer weitaus stärker als die der Diagnosengruppe.

Auch bei den Frauen kommen meist Behandlungsdauern bis zu 7 Wochen vor. Bis zu einer Woche waren 25% der weiblichen Patienten in Behandlung. Zwischen 6 und 7 Wochen wurden 17,8% der weiblichen Patienten behandelt.

1.6.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3; Abb 6.3.1, 6.3.2, 6.3.3)

Das Durchschnittsalter der Patientengruppe beträgt 41,4 Jahre. Dabei ist das Alter der Frauen mit 47 Jahre erheblich höher als das der Männer mit 39 Jahren. Behandelt wurden Patienten im Alter zwischen 15 und 79 Jahren. Das Patientengut setzt sich größtenteils aus Patienten im Alter zwischen 25 und 49 Jahren. 59,2% der Patient fallen in diese Altersgruppen. Es finden sich zwei besonders starke Patientengruppen in der Gruppe der 25- bis 29-jährigen mit 22,6% und in der Gruppe der 40- bis 44-jährigen mit 18,6%.

Die Kurve der Männer unterscheidet sich nur minimal von der der Diagnosengruppe. Die Kurve der Frauen dagegen weist einen sehr geradlinigen Verlauf auf.

1.6.4 GAS-WERTE (Tab 0.5; Abb 6.4.1, 6.4.2, 6.4.3)

Bei der Aufnahme beträgt der durchschnittliche GAS-Wert für die Diagnosengruppe 33 Punkte, für Männer 35 und für Frauen 30 Punkte. Sämtliche Werte sind die niedrigsten für alle untersuchten Diagnosengruppen.

Die Entlassungswert betragen für die Diagnosengruppe 61, für Männer 63 und für Frauen 57 Punkte.

Die meisten Patienten - 79,5% - werden mit einem GAS-Wert von 21 bis 50 Punkten eingeliefert, wobei Werte zwischen 21 und 30 eine Häufigkeit von 31,2% aufweisen. Aufnahme-werte über 50 Punkten fand man bei 12,5%, Werte unter 21 Punkten bei 6,5% der Patienten. Bei der Entlassung haben 69% der Patienten einen GAS-Wert zwischen 61 und 90 Punkten. Werte zwischen 11 und 40 Punkten findet man nur noch bei 6,5%. Die Kurven der Männer und Frauen entsprechen im wesentlichen dem Verlauf der Kurve der Diagnosengruppe.

Auffällig ist jedoch, daß bei der Aufnahme GAS-Werte über 50 Punkten ausschließlich bei den Männern auftraten. 92,2% der Männer erreichen bei der Entlassung einen GAS-Wert zwischen 61 und 90 Punkten. Eine derartige Konzentration auf bestimmte Punktwerte findet sich bei den Frauen nicht

1.6.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6, 0.7, 6.5)

1.6.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Bewußtseinsstörungen sind bei der Aufnahme selten, bei der Entlassung praktisch nicht mehr vorhanden. Am häufigsten findet man bei der Aufnahme Bewußtseinsstörung bei 9 % der Patienten. Dieser Wert wird in keiner anderen der untersuchten Diagnosengruppen erreicht.

Orientierungsstörungen sind häufig. Zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen sind sogar in keiner anderen untersuchten Diagnosengruppe häufiger. Zeitlich desorientiert sind bei der Aufnahme 39 %, örtlich desorientiert sind 29%, 30 % sind situativ desorientiert. Alle genannten Störungen sind vorwiegend leicht bis mittel ausgeprägt. Bei der Entlassung sind sie äußerst selten, wenn vorhanden, allerdings stark ausgeprägt.

Sehr häufig sind auch Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. So liegen bei der Aufnahme bei 59 % Konzentrationsstörungen vor, bei 43% Merkfähigkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen bei 39 %, Auffassungsstörungen bei 38 % (höchster Wert aller untersuchten Diagnosengruppen) und Konfabulationen bei 14%. Darunter sind Auffassungs-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen zumeist leichter oder mittlerer Ausprägung, bei den anderen Symptomen überwiegen Fälle mit mittlerer oder starker Symptomatik. Bei der Entlassung sind Symptome dieser Gruppe immer noch häufig, wenn auch leicht ausgeprägt. 27 % werden mit Konzentrationsstörungen entlassen, 23 % mit Merkfähigkeitsstörungen, 17 % mit Gedächtnisstörungen und 11 % mit Auffassungsstörungen.

Formale Denkstörungen treten bei der Aufnahme im Durchschnitt bei weniger als 25% der Patienten auf und in

nahezu ausschließlich leichter oder mittlerer Ausprägung. So sind 25 % umständlich, 23 % verlangsamt oder eingeengt im Denken. Bei der Entlassung ist derartige Symptomatik selten und leicht ausgeprägt. 12 % sind noch umständlich, je 10 % verlangsamt oder eingeengt.

Mit Ausnahme des Mißtrauens kommen Befürchtungen und Zwänge praktisch nicht vor. Dessen Häufigkeit beträgt 27 %. Die Entlassungshäufigkeit beträgt 8 %.

Wahnsymptome sind bei der Aufnahme sehr häufig, bei der Entlassung dagegen selten und nur noch von leichtem Schweregrad. Verfolgungswahn findet sich bei der Aufnahme bei 38 % der Patienten, 30 % haben Wahngedanken, 27 % Wahnstimmung, bei 23 % liegt eine Wahndynamik vor und bei 20 % besteht Wahnwahrnehmung. Die Ausprägungsstärke ist vorwiegend mittel.

Sinnestäuschungen sind bei der Aufnahme unter allen beschriebenen Gruppen am häufigsten vertreten. 40 % geben Stimmenhören an, 14% andere akustische Halluzinationen, 34 % haben optische Halluzinationen und 12 % Körperhalluzinationen. Diese Symptome treten hauptsächlich in mittlerer oder starker Ausprägung auf. Bei der Entlassung finden sich Sinnestäuschungen nur noch selten und in leichter Ausprägung. Einzig Stimmenhören tritt noch bei 7 % der Patienten auf.

Ich-Störungen sind bei der Aufnahme selten und nie von starker Ausprägung. Bei der Entlassung kommen sie nicht mehr vor.

Störungen der Affektivität kommt nur geringe Bedeutung zu. Am häufigsten findet man Angst bei 53 %, innere Unruhe bei 45 %, Ratlosigkeit bei 30 % und Affektlabilität bei 28%. Ebenfalls 28% sind deprimiert, 24 % gereizt. Von der Ausprägungsstärke her überwiegen die leichten Formen. Bei der Entlassung sind die meisten affektiven Störungen nur noch selten und in leichter Ausprägung zu finden. Häufiger trifft man noch Affektlabilität (19 %) und innere Unruhe (14%). Euphorie und Affektstarre sind bei Aufnahme und Entlassung gleichhäufig; gesteigerte Selbstwertgefühle sind bei der Entlassung häufiger als bei der Aufnahme.

Unter den Antriebsstörungen sind am häufigsten motorische Unruhe bei 48 % und Antriebssteigerung bei 30 %. Es überwiegen Fälle mit leichter oder mittlerer Ausprägung. Bei der Entlassung ist einzig noch Antriebsarmut öfter anzutreffen.

Circadiane Besonderheiten werden nicht beobachtet.

Folgende Störungen treten weiterhin auf: Mangel an Krankheitsgefühl bei 32 % und Mangel an Krankheitseinsicht bei 45 %; Angstzustände beobachtet man bei 24 %, optische oder akustische Halluzinationen vom deliranten Typ haben 23 %, einen sozialen Rückzug treten 20 % an. Meist ist die Ausprägung der Symptome stark. Bei der Entlassung sind diese Störungen selten. 16 % zeigen einen Mangel an Krankheitsgefühl, bei 29% besteht keine Krankheitseinsicht

1.6.5.2 SOMATISCHER UND PSYCHISCHER BEFUND

Unter den somatischen Störungen sind Schlafstörungen am häufigsten vertreten. 46 % klagen bei der Aufnahme über Durchschlafstörungen, die von der Ausprägung her meist von mittlerer Stärke sind. Bei 33 % ist der Schlaf verkürzt, überwiegend leicht bis mittelstark, bei 32 % bestehen Einschlafstörungen hauptsächlich in mittlerer Ausprägung. Bei der Entlassung finden sich in nennenswertem Umfang noch Einschlafstörungen (14%) und Durchschlafstörungen (11 %) in großteils leichter Ausprägung.

Der Appetit ist bei 26 % vermindert, die Ausprägung ist meist mittel, bei der Entlassung klagen noch 7 % über leichten Appetitmangel.

An anderen somatischen Störungen ist vermehrtes Schwitzen zu nennen, daß bei 33 % der Patienten beobachtet wird.

Neurologische Störungen sind im Gegensatz zu anderen Diagnosengruppen häufig anzutreffen. Zwar liegen die meisten Symptome nur bei wenigen Patienten vor, aber es finden sich praktisch alle Symptome sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung. Am häufigsten ist Tremor mit 25 %, davon in der Hälfte der Fälle mittel ausgeprägt. Bei der Entlassung findet man Tremor bei 7 %

der Patienten. Ataxie hat eine Häufigkeit von 11 %; 8 % der Patienten leiden unter cerebralen Krampfanfällen, je 7 % weisen einen Nystagmus oder Rigor auf. Seitendifferenzen schließlich bestehen bei 5 % der Patienten.

1.6.6 SYNDROME (Abb 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3)

Das paranoid-halluzinatorische Syndrom liegt mit einem Aufnahmewert von 4,7 für die Diagnosengruppe weit über dem Durchschnittswert, fällt aber bis zur Entlassung - bedingt durch das fast völlige Verschwinden der Wahnsymptome und der Illusionen auf 0,3 ab. Für Männer und Frauen bestehen nur geringe Unterschiede.

Auch für das depressive Syndrom gilt das gesagte. Durch die starke Abnahme der Häufigkeit entsprechender AMDP-Items bis zur Entlassung geht der Syndromwert für die Diagnosengruppe von 3,6 auf 0,5 zurück. Dabei erreichen die Frauen durchwegs etwas höhere Werte.

Das psychoorganische Syndrom ist stark erhöht bei der Aufnahme (4,8), bedingt hauptsächlich durch das starke Auftreten von Orientierungsstörungen. Sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung übersteigt der Syndromkennwert der Frauen den der Männer erheblich, bei der Entlassung gar um das Sechsfache und liegt dann noch weit über dem Durchschnittswert.

Beim manischen Syndrom ist der Kennwert mit 2,1 etwa gleich dem Durchschnittswert, allerdings bei den Frauen stark erhöht. Besonders die Symptome motorisch unruhig und antriebsgesteigert bestimmen den Syndromwert.

Besonders stark ausgeprägt sind die AMDP-Items Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht. Auch die übrigen Symptome, die das Hostility-Syndrom bilden, sind häufig. Daher liegt der Kennwert bei der Aufnahme für die Diagnosengruppe bei der Aufnahme mit 3,6 über dem Durchschnittswert. Die Kennwerte der Frauen sind erheblich höher als die der Männer.

Mit 1,9 für das vegetative Syndrom wird der Durchschnittswert bei der Aufnahme leicht überschritten. Bis zur Entlassung findet ein starker Rückgang auf 0,2 statt. Bei der

Entlassung besteht zwischen Männern und Frauen ein stark unterschiedlicher Kennwert.

Das apathische Syndrom liegt mit 2,3 sehr tief; es bestehen große Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bis zur Entlassung ist es noch mehr gefallen, die Unterschiede zwischen Männern und Frauen haben sich nicht nivelliert.

Das neurologische Syndrom ist deutlich erhöht gegenüber dem Durchschnittswert und zwar noch bei der Entlassung. Die Kennwerte der Frauen sind etwas höher.

1.7 DIAGNOSENGRUPPE VII: CHRONISCHE ORGANISCHE PSYCHOSEN

1.7.1 GESCHLECHTSVERTEILUNG (Tab 0.2)

Im Berichtszeitraum 1981 wurden an unserer Klinik 50 Patienten mit der Diagnose "chronische organische Psychose" behandelt. Dies entspricht einem Anteil von 2,47% der Klinikpopulation. 32 dieser Patienten waren Männer, 18 Patienten waren weiblich.

Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt 1,8 : 1,0.

Die Männer stellen 1,58% der Klinikpatienten des Jahres 1981, bzw. 3,22% der männlichen Klinikpatienten.

Die Frauen stellen 0,89% der Klinikpatienten im Jahre 1981, bzw. 1,75% der weiblichen Klinikpatienten.

1.7.2 AUFENTHALTSDAUER (Tab 0.4; Abb 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3)

Patienten dieser Diagnosengruppe wurden zwischen einer und 16 Wochen an unserer Klinik behandelt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 34 Tage, wobei die Aufenthaltsdauer der Frauen mit 45 Tage weitaus höher als die der Männer mit 28 Tagen war.

Die Kurve der Diagnosengruppe zeigt zwei Gipfel. Den ersten im Bereich der 1. bis 3. Woche mit 44% der Patienten; den zweiten im Bereich der 7. bis 8. Woche mit 20% der Patienten. Längere Behandlungszeiten traten nur noch bei 12% der Patienten auf.

Die Kurve der Männer gleicht im wesentlichen der Kurve der Diagnosengruppe. Frauen mussten dagegen weitaus länger in der Klinik behandelt werden; nur 6 Frauen hatten Behandlungsdauern im Bereich der 1. bis 3. Woche.

1.7.3 ALTERSVERTEILUNG (Tab 0.3; Abb 7.3.1, 7.3.2, 7.3.3)

Das Alter der Patienten schwankte zwischen 15 und 79 Jahren. Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe betrug 55,2 Jahre und ist damit das höchste aller untersuchten Diagnosengruppen. Das Durchschnittsalter der Frauen ist

mit 58,4 Jahren um über 5 Jahre höher als das der Männer mit 53,3 Jahren. Auch nach Geschlechtern getrennt ist in keiner anderen Diagnosengruppe das Durchschnittsalter höher.

Entsprechend zeigt die Kurve eine Häufung der Patientenzahlen erst vom 35. Lebensjahr an aufwärts. Jünger als 35 Jahre sind nur 14% der Patienten. Danach nimmt die Kurve einen zweigipfeligen Verlauf. Zunächst findet man einen Gipfel in der Altersgruppe der 45- bis 49-jährigen (14%), danach einen Abfall und einen erneuten Gipfel in der Gruppe der 55- bis 59-jährigen (10%) mit Stabilisierung der Kurve in Form eines Plateaus. 58% der Patienten sind zwischen 55 und 79 Jahren alt. Das absolute Maximum findet sich bei den 70- bis 74-jährigen mit 20% der Patienten. Sowohl die Kurve der Männer als auch die der Frauen sind der Kurve der Diagnosengruppe sehr ähnlich. Die patientenstärkste Gruppe bei den Männern ist die der 45- bis 49-jährigen, die patientenstärkste der Frauen ist die der 70- bis 74-jährigen.

1.7.4 GAS-WERTE (Tab 0.5; Abb 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3)

Bei der Aufnahme beträgt der durchschnittliche GAS-Wert der Diagnosengruppe 33 Punkte und nach Geschlecht getrennt für Männer 35 und für Frauen 30 Punkte. Bei der Entlassung erreicht der GAS-Wert der Diagnosengruppe 52 Punkte und ist der niedrigste aller untersuchten Diagnosengruppen. Für Männer beträgt der Entlassungswert 52, für Frauen 53 Punkte. Auch die daraus errechnete durchschnittliche Verbesserung des GAS-Wertes ist die geringste aller untersuchten Diagnosengruppen.

Die Kurve der GAS-Aufnahmewerte zeigt, daß 30% der Patienten einen GAS-Wert zwischen 41 und 50 Punkten haben. Bei der Entlassung steigt die Kurve bis zum Maximum im Bereich zwischen 61 und 70 Punkten langsam, immerhin 52% der Patienten werden mit einem GAS-Wert im Bereich zwischen 0 und 60 Punkten entlassen.

Während die Kurve der Männer sehr der Kurve der Diagnosengruppe bei Aufnahme oder Entlassung ähnelt, zeigt die

Kurve der Frauen eine ausgesprochen gleichmäßige Verteilung auf die einzelnen Punktbereiche.

1.7.5 SYMPTOMATIK (Tab 0.6, 0.7, 7.5)

1.7.5.1 PSYCHISCHER BEFUND

Mit Ausnahme der Diagnosengruppe "akute organische Psychoosen" sind in keiner anderen Diagnosengruppe Orientierungsstörungen häufiger anzutreffen. Bei der Aufnahme sind 36% zeitlich, 32% örtlich, 30% situativ und 14% über die eigene Person desorientiert. Alle Ausprägungsgrade sind etwa gleichhäufig. Auch bei der Entlassung findet man noch relativ häufig Orientierungsstörungen. Allerdings ist bei der Entlassung eine leicht ausgeprägte Symptomatik vorherrschend.

Weder bei der Aufnahme noch bei der Entlassung sind bei anderen untersuchten Diagnosengruppen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen häufiger. Auffassungsstörungen kommen bei 60%, Konzentrationsstörungen bei 76%, Merkfähigkeitsstörungen bei 74%, Gedächtnisstörungen bei 70% der Patienten vor, und zwar meist in mittlerer bis starker Ausprägung. Konfabulationen, meist leicht ausgeprägt, finden sich bei 26%. Bei der Entlassung entspricht die Häufigkeit nahezu der der Aufnahme. Während der Behandlung konnte somit lediglich eine Verschiebung der Ausprägungsstärke zu leichteren Formen erzielt werden, nicht jedoch eine deutliche Reduktion der Fallzahlen.

Auch formale Denkstörungen sind häufig. Diese liegen bei der Aufnahme vor im Sinne einer Verlangsamung (bei 30%) oder Einengung (bei 36%) des Denkens. Perseverationen kommen bei 36% der Patienten vor und 54% sind in ihrem Denken umständlich. Die beiden letztgenannten Symptome findet man in keiner anderen untersuchten Diagnosengruppe in dieser Höhe. Alle genannten Symptome sind nur selten leicht oder schwer ausgeprägt. Andere Symptome dieser Gruppe sind selten. Bei der Entlassung kommen die Symptome immer noch häufig vor, wenn auch nurmehr in leichter Ausprägung. So sind immer noch 44% der Patienten in ihrem Denken

umständlich, 26% perseverierend und je 24% verlangsamt oder eingeengt.

Befürchtungen und Zwänge sind sehr selten.

Auch Wahnsymptome sind selten. Man findet das gesamte Spektrum an Wahnsymptomen, die Häufigkeit übersteigt jedoch nur beim Verfolgungswahn und bei den Wahngedanken 10%. Bei der Entlassung sind auch diese Formen selten geworden.

Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen nicht vor.

Affektivitätsstörungen kommt keine derartige Bedeutung wie in anderen Diagnosengruppen zu. Am häufigsten findet man eine depressive Symptomatik (38%), Angst (36%) und innere Unruhe (32%). Die genannten Symptome treten in meist leichter Ausprägung auf. Ebenfalls häufiger sind Ratlosigkeit (26%), Dysphorie (22%), Gereiztheit (22%), Affektlabilität (24%) und Euphorie (20%). Auch hier ist die leichte Ausprägung am häufigsten. Bei der Entlassung ist der Rückgang der Häufigkeiten der einzelnen Symptome weitaus stärker als bei den Aufmerksamkeitsstörungen oder den formalen Denkstörungen. Es liegt ein Rückgang der Fallzahlen um durchschnittlich die Hälfte vor. Auffällig ist, daß mehr Patienten affektlabil aufgenommen als entlassen werden.

Antriebsstörungen sind eher selten. 20% der Patienten sind bei der Aufnahme antriebsarm in äußerst unterschiedlicher Ausprägung. Ebenfalls 20% sind motorisch unruhig. Mit Antriebsarmut werden ebensoviele Patienten aufgenommen wie entlassen.

Weiterhin findet man häufig einen sozialen Rückzug (42%), der auch bei der Entlassung noch bei 26% auftritt, immer leicht bis mittel ausgeprägt. Mangel an Krankheitseinsicht liegt bei 30% vor, Mangel an Krankheitsgefühl bei 22%. Beide Symptome sind mittel bis stark ausgeprägt. Bis zur Entlassung ist die Häufigkeit fast gleichgeblieben. 30% der Patienten sind bei der Aufnahme pflegebedürftig, bis zur Entlassung nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Patienten auf 18% ab.

1.7.5.2 SOMATISCHER UND NEUROLOGISCHER BEFUND

Somatische Störungen kommen hauptsächlich in Form von Schlafstörungen vor. Je 40% der Patienten klagen bei der Aufnahme über Ein- und Durchschlafstörungen. Verkürzt ist die Schlafdauer bei 22%. Alle Symptome sind mittel bis schwer ausgeprägt. Schlafstörungen sind bei der Entlassung selten und leicht ausgeprägt; Einschlafstörungen kommen noch bei 16% der Patienten vor, Durchschlafstörungen bei 20%, verkürzte Schlafdauer bei 4%. An weiteren somatischen Störungen ist nur eine Appetitverminderung bei 30% der Patienten bei der Aufnahme zu nennen.

Tremor findet man bei der Aufnahme bei 20% der Patienten, Rigor und Hypokinesien bei 12%. Bei der Entlassung sind alle neurologischen Symptome selten und leicht ausgeprägt.

1.7.6 SYNDROME (Abb 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3)

Der Aufnahmewert für das paranoid-halluzinatorische Syndrom erreicht den Durchschnittswert nicht ganz. Grund dafür ist die nur durchschnittlich auftretende Zahl von Wahnsymptomen. Zwischen Männern und Frauen bestehen nur geringe Unterschiede. Bis zur Entlassung ist der Syndromwert der Diagnosengruppe auf 0,5 zurückgegangen, der Wert der Frauen hat stärker abgenommen als der der Männer.

Der sehr niedrige Aufnahmewert von 3,7 für das depressive Syndrom erklärt sich aus der Seltenheit der entsprechenden AMDP-Items. Häufiger sind nur die Items deprimiert, Durchschlafstörung und verminderter Appetit. Mit der Abnahme der Häufigkeit auch dieser Symptome bis zur Entlassung fällt der Wert auf 0,9. Bei den Frauen ist der Entlassungswert niedriger, der Aufnahmewert höher als der der Männer.

Sämtliche das psychoorganische Syndrom bildende AMDP-Items sind in dieser Diagnosengruppe nicht nur häufig, sondern auch stark ausgeprägt. Entsprechend hoch ist der Syndromkennwert mit 7,7 bei der Aufnahme; er fällt auch bei der Entlassung nicht unter den Durchschnittswert. Für Männer

liegen sowohl Aufnahme- als auch Entlassungswert erheblich über denen der Frauen.

Nur geringe Häufigkeiten und leichte Ausprägungen charakterisieren die Parameter des manischen Syndroms in dieser Diagnosengruppe. Dadurch liegen Aufnahme- (1,0) und Entlassungswert (0,3) deutlich unter dem Durchschnitt. Die Syndromwerte der Männer sind gegenüber denen der Frauen erhöht.

Geringe bis durchschnittliche Häufigkeiten, starke und mittlere Ausprägungen bilden in dieser Diagnosengruppe das Hostility-Syndrom. Es liegt mit 2,8 bei der Aufnahme im Durchschnitt, bei der Entlassung um 50% darunter. Frauen haben bei der Aufnahme einen höheren, bei der Entlassung einen niedrigeren Syndromkennwert als die Männer.

Das vegetative Syndrom liegt sowohl bei der Aufnahme mit 0,9 als auch bei der Entlassung mit 0,4 weit unter dem Durchschnittswert.

Mit einem Kennwert von 4,0 für die Diagnosengruppe wird der Durchschnittswert für das apathische Syndrom bei der Aufnahme weit überschritten. Alle bildenden AMDP-Items sind häufig und stark ausgeprägt. Bei Aufnahme und Entlassung erreichen die Frauen einen um 1,0 höheren Wert als die Männer.

Das neurologische Syndrom erreicht mit 0,9 bei der Aufnahme einen hohen Wert. Bei der Entlassung beträgt er 0,4. Für die Geschlechter bestehen kaum Unterschiede.

2. AUFSTELLUNG EINES PSYCHOPATHOLOGISCHEN SYMPTOMPROFILES FÜR DIE EINZELNEN DIAGNOSENGRUPPEN

2.1 VERGLEICH DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN SYMPTOMATIK DER MÄNNER UND FRAUEN DER DIAGNOSENGRUPPE "ENDOGENE DEPRESSION"

Bewußtseinsstörungen sind bei Männern wie bei Frauen sehr selten. Das gilt sowohl für die Aufnahme wie für die Entlassung. Soweit es bei der geringen Zahl von Patienten mit Bewußtseinsstörungen überhaupt möglich ist, einen Vergleich anzustellen, erkennt man, daß bei beiden Geschlechtern Fälle mit starker Ausprägung nicht vorkommen. Auch Orientierungsstörungen liegen, wenn überhaupt, fast nur in leichter oder mittlerer Ausprägung vor. Es fällt auf, daß zeitliche Orientierungsstörungen bei Frauen etwas häufiger vorkommen.

Beide Symptomgruppenspielen jedoch keine Rolle bei der Erstellung eines psychopathologischen Profils.

In der Symptomengruppe der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen herrscht weitgehende Übereinstimmung zwischen beiden Patientengruppen. Nicht nur findet man das gleiche Symptom - Konzentrationsstörungen - bei Männern und Frauen am häufigsten in dieser Symptomgruppe, auch die übrigen Symptome liegen in vergleichbarer Häufigkeit vor. Desweiteren sind bei Männern und Frauen schwere Ausprägungen der Symptome bei der Aufnahme selten und bei der Entlassung nicht mehr vorhanden. Die Entlassungssymptomatik entspricht sich mit Ausnahme der Auffassungsstörungen. Hier ist der Rückgang der Häufigkeit bei den Männern nicht ganz so eindrucksvoll als bei den Frauen. Für die übrigen Symptome lässt sich in der Regel etwa eine Halbierung der Aufnahmehäufigkeit bis zur Entlassung feststellen.

Formale Denkstörungen zeigen sich in beiden Patientengruppen praktisch ausschließlich im Sinne eines eingeeengten Denkens oder als Grübeln. Daneben findet man noch häufig und mit fast keinen Abweichungen im Vorkommen verlangsamtes und gehemmtes Denken. Abweichungen von etwa 10% findet man bei umständlichem Denken und bei den Perseverationen. Bezüglich der Ausprägung sind keine Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern feststellbar. Vollends verschwunden sind Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Entlassung, sowohl was die Häufigkeit als auch die Ausprägung der einzelnen Symptome angeht.

Symptom	Frauen(N=224)	Männer(N=82)
eingeeengt	51%	54%
Grübeln	51%	51%
gehemmt	31%	34%
verlangsamt	38%	39%
umständlich	17%	30%
Perseverationen	16%	26%

Vergleich der Häufigkeiten der formalen Denkstörungen bei Männern und Frauen mit endogener Depression bei der Aufnahme

Symptom	Frauen(N=224)	Männer(N=82)
eingeeengt	41%	38%
Grübeln	43%	39%
verlangsamt	26%	24%
gehemmt	22%	16%

Vergleich der Häufigkeit der Ausprägungsstärken 2 und 3 bei Patienten mit endogener Depression bei formalen Denkstörungen bei der Aufnahme

Innerhalb der Symptomgruppe "Befürchtungen und Zwänge" bestehen keine Unterschiede. Die beiden häufigsten Symptome "Mißtrauen" und "Hypochondrie" liegen sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung in gleichen Häufigkeiten und Ausprägungsstärken vor. Die etwas größere Vielfalt an Symptomen dieser Gruppe bei den Frauen lässt sich wohl zurückführen auf die dreifach größere Patientenzahl. Insgesamt hat diese Symptomgruppe bei beiden Patientengruppen nur geringe Bedeutung bei der Bildung des Symptomprofiles.

Große Unterschiede bestehen im Bereich der Wahnsymptomatik bei der Aufnahme und bezüglich der Ausprägungsstärke. So findet man Wahnsymptome bei der Aufnahme um ein vielfaches häufiger bei Männern als bei Frauen. Dies gilt besonders für Wahnstimmung, Beziehungswahn, Wahndynamik, Verfolgungswahn, Schuldwahn und hypochondrischen Wahn, der gar bei den Männern 9,0mal häufiger als bei den Frauen ist.

Symptom	Frauen(N=224)	Männer(N=82)
Wahnstimmung	3%	10%
Wahndynamik	5%	10%
Beziehungswahn	3%	9%
Verfolgungswahn	6%	17%
Schuldwahn	11%	24%
hypochondrischer Wahn	1%	9%

Häufigkeit verschiedener Wahnsymptome bei Männern und Frauen bei der Aufnahme mit endogener Depression

Unterschiede bestehen auch in der Ausprägungsstärke. Es fällt auf, daß starke Ausprägungen bevorzugt bei den Männern anzutreffen sind. Ausnahme bilden der Verfolgungs- und der Schuldwahn, die beide bei den Frauen stärker ausgeprägt sind.

Symptom	Frauen(N=224)	Männer(N=82)
Wahnstimmung	14%	25%
Wahngedanken	29%	33%
Wahndynamik	9%	50%
Beziehungswahn	14%	71%
Verfolgungswahn	42%	21%

Häufigkeiten der Patienten mit endogener Depression, die o.g. Symptome in der Ausprägungsstärke 3 (schwer) aufweisen, bezogen auf die Zahl der Patienten, die je Patienten-Gruppe das Symptom aufweisen

Störungen der Affektivität sind bei Frauen allgemein stärker ausgeprägt und auch häufiger. Die Differenz der Häufigkeiten beträgt zwar in der Regel nicht mehr als 2 bis 7% für das gleiche Symptom, aber es sind nahezu alle Symptome betroffen. Nur sehr wenige Symptome -"ratlos, deprimiert, dysphorisch und affektstarr" - sind bei den Männern häufiger und das nur geringfügig. Große Differenzen zugunsten der Frauen bestehen bei den Symptomen Störung der Vitalgefühle, ängstlich und innerlich unruhig. Bezüglich der Ausprägungsstärken erhält man das gleiche Bild wie bei den Häufigkeiten: die Ausprägungsgrade weisen bei den Frauen über das ganze Spektrum der Symptomgruppe etwas mehr zu mittleren und starken Formen als bei den Männern. Festzuhalten bleibt jedoch, daß in beiden Patientengruppen die gleichen Symptome sehr häufig bzw. sehr selten vorkommen.

Symptom	Frauen(N=224)	Männer(N=82)
ratlos	30%	35%
Gefühl d Gef.losigk.	28%	21%
Störg d Vitalgef.	69%	55%
deprimiert	91%	93%
ängstlich	72%	54%
dysphorisch	11%	15%
gereizt	8%	7%
innerlich unruhig	64%	46%
Insuffizienzgefühle	54%	48%

Schuldgefühle	37%	34%
ambivalent	11%	11%
affektlabil	17%	12%
affektstarr	19%	16%

Häufigkeiten von Affektivitätsstörungen bei Männern und Frauen mit endogener Depression bei der Aufnahme

Keine eindeutige Tendenz lässt sich bei den psychomotorischen Störungen erkennen. Typisch für eine depressive Symptomatik sind in beiden Patientengruppen die gleichen Symptome, nämlich Antriebsarmut, Antriebshemmung, Antriebssteigerung und motorische Unruhe. Jedoch ist unter den häufig vorkommenden Störungen nur motorische Unruhe in einer Gruppe, nämlich bei den Frauen, mit 28% Aufnahmehäufigkeit deutlich häufiger zu finden, als dies bei den Männern der Fall ist (13%). Das allgemein sehr seltene Symptom mutistisch ist bei den Frauen 2,8mal häufiger als bei den Männern.

Unterschiede in der Ausprägungsstärke lassen sich zwischen Männern und Frauen so gut wie nicht feststellen. Circadiane Besonderheiten finden sich in beiden Gruppen, jedoch ist die Häufigkeit entsprechender Symptome bei den Frauen etwas größer als bei den Männern. Dennoch kann man sagen, daß Störungen dieser Art auch bei den Männern zum psychopathologischen Profil zählen.

Unter den übrigen Störungen fällt zunächst der große prozentuale Unterschied in der Häufigkeit der Suizidalität auf. Bei Frauen findet sich dieses Symptom bei 30% der Patienten bei der Aufnahme, bei den Männern sind es dagegen 44%. Die für beide Patientengruppen typischen Störungen sozialer Rückzug und beobachtete Depression dagegen treten in gleicher Häufigkeit auf. Entsprechend dem stärkeren Auftreten von Wahnsymptomen bei den Männern findet sich synthymen Wahn allgemein bei ihnen häufiger. Weitere typische Störungen beider Patientengruppen, wie beobachtete Verlangsamung, anhaltender Aktivitätsverlust oder psychomotorische Hemmung erreichen gleiche Häufigkeiten.

Allgemein lässt sich festhalten, daß auch unter diesen Symptomen Unterschiede zwischen Männern und Frauen praktisch nicht bestehen.

Schlaf- und Vigilanzstörungen kommen in beiden Patientengruppen in gleicher Häufigkeit vor und stellen die wichtigsten somatischen Störungen. Appetitmangel tritt bei den Frauen etwas häufiger auf, dafür findet man eine Verminderung der Sexualität bei ihnen etwas seltener. Bei sämtlichen somatischen Störungen unterscheiden sich auch die Ausprägungsstärken der einzelnen Symptome nicht wesentlich für die beiden Diagnosengruppen.

Symptom	Frauen(N=224)	Männer(N=82)
Einschlafstörungen.	68%	61%
Durchschlafstörungen.	69%	62%
verkürzte Schlafdauer	48%	44%
Appetit vermindert	70%	60%
Sexualität vermind.	17%	34%

Häufigkeiten von somatischen Störungen bei Männern und Frauen mit endogener Depression bei der Aufnahme

2.2 VERGLEICH DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN SYMPTOMATIK DER AFFEKTIVEN PSYCHOSEN

Bewußtseins- und Orientierungsstörungen findet man in allen Diagnosengruppen weder bei der Aufnahme noch bei der Entlassung in nennenswertem Umfang.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen liegen bei allen affektiven Psychosen bei der Aufnahme in vergleichbarem Umfang vor. Am häufigsten findet man Konzentrationsstörungen, am seltensten Konfabulationen und Paramnesien. Einzig die "anderen affektiven Psychosen" bilden eine Ausnahme. Auffassungsstörungen kommt in dieser Diagnosengruppe mit einer Aufnahmehäufigkeit von 4% keine Bedeutung zu.

Symptom	Depr.	Depr.i.R.e.C.	Manie	and.aff.Psy.
Auffassgsstörg	17%	23%	26%	4%
Konzentr.störg	63%	70%	68%	63%
Merkfähigk.störg	35%	42%	36%	42%
Gedächtnisstörg	24%	21%	22%	17%

Häufigkeit verschiedener Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen bei der Aufnahme bei Patienten mit affektiven Psychosen

Der Rückgang der Häufigkeit der Symptome bis zur Entlassung ist wie auch die Ausprägungsstärken der Symptome gleich für alle Diagnosengruppen. Es überwiegen bei Aufnahme wie Entlassung Fälle mit leichter bis mittlerer Ausprägung.

Unter den formalen Denkstörungen sind für die endogenen monopolaren Depressionen und die Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie die gleichen Symptome relevant, nämlich "verlangsamtes, umständliches, gehemmtes, eingeengtes und perseverierendes Denken" sowie "Grübeln". Bei den manischen Patienten finden sich diese Symptome in nur geringen Häufigkeiten. Hier überwiegen "Gedankendrängen", "Ideenflucht", "Vorbeireden" und "Inkohärenz". Da die

Gruppe der anderen affektiven Psychosen auch affektive Mischzustände enthält, finden sich in dieser Diagnosengruppe alle genannten Symptome in einer etwa ausgeglichenen Verteilung, sodaß diese Gruppe im Bereich der formalen Denkstörungen ein ambivalentes Profil erhält. Allerdings erreichen die Häufigkeiten der Symptome bei den anderen affektiven Psychosen die entsprechenden Häufigkeiten bei den endogenen Depressionen bzw. den endogenen Manien nicht.

Symptom	Depr.	Depr.i.R.e.C.	Manie	and.aff.Psy.
gehemmt	32%	28%	1%	17%
verlangsamt	39%	42%	7%	21%
umständlich	21%	16%	9%	17%
eingengt	52%	40%	13%	38%
perseverierend	19%	16%	14%	4%
Grübeln	49%	56%	5%	29%
Gedankendr.	6%	2%	27%	21%
ideenflüchtig	1%	5%	70%	29%
vorbeireden	2%	2%	29%	13%
Inkohärenz	1%	2%	22%	8%

Häufigkeiten formaler Denkstörungen bei Patienten mit affektiven Psychosen bei der Aufnahme

Bis zur Entlassung findet in allen Diagnosengruppen ein starker Rückgang der Häufigkeiten der einzelnen Symptome statt. Einzig "Ideenflucht" tritt bei der Entlassung noch bei 20% der manischen Patienten auf.

Befürchtungen und Zwänge, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen kommen nicht vor.

Unter den Wahnsymptomen finden sich bei depressiv gestimmten Patienten besonders typisch Schuldwahn und Verarmungswahn, bei den endogenen monopolaren Depressionen kommt noch ein Verfolgungswahn hinzu. Die Wahnsymptomatik der anderen affektiven Psychosen hingegen gleicht eher der der Manien. Es liegen bei beiden Diagnosengruppen hauptsächlich Wahneinfälle, Wahngedanken und Größenwahn vor.

Die Ausprägungsstärke ist für endogene monopolare Depressionen, andere affektive Psychosen und endogene Manien gleich: es überwiegen Fälle mit leichter oder mittlerer Ausprägung. Bei den Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie hingegen finden sich häufig auch starke Ausprägungen der charakteristischen Wahnsymptome.

Symptom	Depr.	Depr.i.R.e.C.	Manie	and.aff.Psy.
Schuldwahn	15%	11%		4%
Verarmungswahn	8%	9%		8%
Verfolgswahn	9%			13%
Wahneinfälle	3%	5%	12%	13%
Wahngedanken	9%	2%	10%	13%
Größenwahn			16%	8%

Häufigkeiten von Wahnsymptomen bei der Aufnahme bei Patienten mit affektiven Psychosen.

Bei der Entlassung hat in allen Diagnosengruppen ein starker Rückgang der Häufigkeiten der Wahnsymptome stattgefunden.

Besondere Beachtung verdienen natürlich Störungen der Affektivität. Im wesentlichen erhält man hier das gleiche Bild wie in der Gruppe der formalen Denkstörungen. Endogene monopolare Depressionen und die Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie zeigen eine praktisch identische Symptomatik, die wesentlich von der der Manien abweicht; die anderen affektiven Psychosen nehmen zwischen diesen beiden Polen eine Mittelstellung ein, indem sie sowohl Symptome einer depressiven als auch einer manischen Erkrankung übernehmen. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, sind bestimmte Störungen ganz besonders typisch allein von der Häufigkeit für eine depressive Psychose, nämlich: "Störung der Vitalgefühle", "deprimiert", "hoffnungslos", "ängstlich", "innerlich unruhig" und "Insuffizienzgefühle", die alle wenigstens bei der Hälfte der Patienten vorhanden sind. Die für eine Manie besonders typischen Symptome sind: "euphorisch", "dysphorisch", "gereizt", "gesteigerte

Selbstwertgefühle" und "affektlabil". Die genannten Symptome erreichen in dieser Diagnosengruppe Häufigkeiten um die 50 Prozent. Als einziges Symptom, das sowohl bei Manien als auch bei Depressionen wesentlichen Bestandteil der affektiven Symptomatik ist, ist "innere Unruhe" zu nennen. Bei den anderen affektiven Psychosen dagegen pendeln alle für Manie und Depression genannten Symptome in Häufigkeiten zwischen 20 und 40 Prozent.

Symptom	Depr.	Depr. i. R. e. C.	Manie	and. aff. Psy.
Störg. d. Vit.gef	65%	65%	5%	29%
deprimiert	88%	93%	10%	54%
hoffnungslos	62%	63%	4%	25%
ängstlich	67%	58%	13%	33%
innerl. unruhig	59%	56%	52%	54%
Insuff. gefühle	52%	47%	4%	42%
ratlos	32%	44%	13%	21%
euphorisch	1%		74%	33%
dysphorisch	12%	14%	46%	29%
gereizt	8%	5%	62%	33%
gest. Selbstwert	4%	2%	49%	21%
affektlabil	15%	16%	30%	25%
Schuldgefühle	39%	33%	3%	25%

Häufigkeit affektiver Störungen bei der Aufnahme bei Patienten mit affektiven Psychosen

Bei den psychomotorischen Störungen findet sich bei den anderen affektiven Psychosen wieder das ganze Spektrum an Antriebsstörungen, während bei den depressiven Erkrankungen nur einige Symptome häufig sind - "antriebsarm", "antriebsgehemmt", "motorisch unruhig" und "antriebsgesteigert". Unter den vier Symptomen ist in den beiden depressiven Diagnosengruppen bei der Aufnahme "antriebsgesteigert" am seltensten, "antriebsarm" am häufigsten. Die bei anderen affektiven Psychosen und Manien häufigen Symptome "antriebsgesteigert", "motorisch unruhig", "theatralisch" und "logorrhöisch" sind mit Ausnahme der beiden

erstgenannten bei den depressiven Erkrankungen äußerst selten. Das Symptom "motorisch unruhig" ist in allen Diagnosengruppen besonders häufig, jedoch liegt die Wertigkeit bei den Manien erheblich über der bei den Depressionen. Bis zur Entlassung hat bei den anderen affektiven Psychosen die depressive Symptomatik stärker abgenommen als die manische. Die Ausprägung der Symptome bei der Aufnahme ist für alle Diagnosengruppen gleich: Fälle mit mittlerer oder schwerer Ausprägungsstärke überwiegen. Bei der Entlassung bestehen ebenfalls nur geringe Unterschiede - jetzt ist die Ausprägungsstärke bei allen Diagnosengruppen vorwiegend leicht. Bezüglich der Häufigkeit der Antriebsstörungen insgesamt lässt sich festhalten, daß ihnen bei den Manien eine weitaus höhere Wertigkeit zukommt als bei den depressiven Erkrankungen.

Symptom	Depr.	Depr.i.R.e.C.	Manie	and.aff.Psy.
antriebsarm	51%	63%	5%	25%
antriebsgehemmt	40%	44%	3%	29%
antr.gesteigert	9%	9%	87%	50%
mot.unruhig	24%	30%	57%	46%
logorrhöisch	4%	9%	58%	33%
theatralisch	5%	-	17%	21%

Häufigkeit von Antriebsstörungen bei der Aufnahme bei Patienten mit affektiven Psychosen

An weiteren Störungen sind im Bereich der depressiven Erkrankungen wieder Symptome zu nennen, denen bei den endogenen Manien so gut wie keine Bedeutung zukommt. Es handelt sich dabei um "sozialen Rückzug", "Suizidalität" und "beobachtete Depression". Die bei Manien dagegen häufigen Symptome spielen für das depressive Symptomprofil praktisch keine Rolle. Interessant ist wieder, festzuhalten, daß die anderen affektiven Psychosen eine Art Zwischenstellung einnehmen; sie weisen alle Symptome in einer etwa gleichen Häufigkeit auf, die unter der der depressiven bzw. der manischen Erkrankungen liegt.

Symptom	Depr.	Depr.i.R.e.C.	Manie	and.aff.Psy.
soz.Rückzug	61%	70%	8%	21%
soz. Umtriebigk.	2%	2%	47%	25%
Aggressivität	2%	2%	44%	25%
Suizidalität	33%	40%	4%	17%
Mangel Krankh.gef	5%	2%	51%	25%
Abl.d.Behandlg.	5%	9%	21%	13%

Häufigkeit weiterer Störungen bei der Aufnahme bei Patienten mit affektiven Psychosen

Bei der Entlassung finden sich diese Störungen in nur noch geringem Maße; es gelingt also auch hier eine erhebliche Reduktion der Häufigkeiten.

Unter den somatischen Störungen sind für alle Gruppen die Schlafstörungen am häufigsten, wobei zwischen Manien und Depressionen einerseits als auch zwischen den Depressionen untereinander und im Vergleich zu den anderen affektiven Psychosen nur geringe Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Symptome bestehen. Einzig "Müdigkeit" findet sich bei Manien und anderen affektiven Psychosen erheblich seltener als bei den Depressionen. Gleich ist auch die Ausprägung der Symptome bei der Aufnahme für die einzelnen Gruppen: mittlere und schwere Ausprägungsgrade überwiegen; bei der Entlassung sind es mittlere bis leichte Ausprägungsstärken. Die Häufigkeiten der Symptome bei der Entlassung entsprechen einander für alle Gruppen.

Symptom	Depr.	Depr.i.R.e.C.	Manie	and.aff.Psy.
Einschlafstörg	66%	72%	55%	54%
Durchschlöstörg	67%	77%	66%	58%
verk.Schlafld.	47%	56%	61%	50%
Früherwachen	34%	58%	16%	21%
Müdigkeit	30%	37%	5%	8%

Häufigkeit von Schlafstörungen bei der Aufnahme bei Patienten mit affektiven Psychosen

Unter den anderen somatischen Störungen finden sich nur noch wenige charakteristische Symptome für die depressiven Psychosen, aber noch weitaus weniger für die Manien. Lediglich "verminderter Appetit" erreicht bei den Manien eine Aufnahmehäufigkeit von mehr als 20%, bei den depressiven Psychosen finden sich immerhin die Symptome "Obstipation", "verminderter Appetit" und "verminderte Sexualität" bei mehr als 20% der Patienten. Eine gewisse Bedeutung kommt bei den depressiven Psychosen noch den Störungen "Mundtrockenheit", "Herzklopfen", "vermehrtes Schwitzen" und "Kopfdruck" zu. Bei den Manien und auch bei den anderen affektiven Psychosen, die sich auf dem Gebiet der somatischen Störungen wie die Manien verhalten, erreichen diese Symptome nur sehr geringe Häufigkeiten. Neurologischen Störungen kommt keiner der hier betrachteten Diagnosengruppen Bedeutung zu.

2.3 VERGLEICH DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN SYMPTOMATIK DER AKUTEN UND DER CHRONISCHEN ORGANISCHEN PSYCHOSEN

Bewußtseinsstörungen sind in beiden Diagnosengruppen bei der Aufnahme selten. Sowohl bei den akuten als auch bei den chronischen Psychosen überwiegen Fälle mit leichter oder mittlerer Ausprägung. Bei der Entlassung kommen Bewußtseinsstörungen in beiden Gruppen nicht mehr vor.

Orientierungsstörungen sind bei der Aufnahme bei beiden Diagnosengruppen von vergleichbarer Häufigkeit. In beiden Gruppen sind zeitliche Orientierungsstörungen am häufigsten, Orientierungsstörungen über die eigene Person am seltensten. Unterschiede bestehen dagegen bei der Entlassungshäufigkeit. Während bei den akuten organischen Psychosen Störungen aus dieser Gruppe selten geworden sind, ist der Rückgang bei den chronischen organischen Psychosen sehr gering.

Symptom	akute org.Psy.		chronische org.Psy.	
	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.
zeitlich	39%	3%	36%	22%
örtlich	29%	3%	32%	14%
situativ	30%	3%	30%	16%
über eigene Pers.	9%	1%	14%	2%

Häufigkeit von Orientierungsstörungen bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit organischen Psychosen

Einzig Orientierungsstörungen zur eigenen Person nehmen bis zur Entlassung auch bei den chronischen organischen Psychosen sehr stark ab.

Auch bei einem Vergleich der Ausprägungsstärken dieser Symptome findet man Unterschiede. So zeigt ein Vergleich der Ausprägungsstärken bei der Aufnahme bei Patienten mit chronischen organischen Psychosen ein Überwiegen von schweren Ausprägungsformen, bei den akuten organischen Psychosen dagegen sind leichte Ausprägungen der Symptome häufiger.

Symptom	akute org.Psy.		chronische org.Psy.	
	Auspr1	Auspr3	Auspr1	Auspr3
zeitlich	50%	28%	22%	45%
örtlich	48%	26%	31%	31%
situativ	36%	25%	33%	33%
zur eigenen Pers.	62%	13%	43%	14%

prozentuale Häufigkeit verschiedener Ausprägungsstärken bei Orientierungsstörungen bei Patienten mit organischen Psychosen

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind bei Patienten mit einer chronischen organischen Psychose immer häufiger bei der Aufnahme als bei Patienten mit einer akuten organischen Psychose. Dabei kann die Differenz für das jeweilige Symptom bis zu 30% betragen. Gemeinsam ist beiden Gruppen, daß mit Ausnahme der Symptome "Konfabulationen" und "Paramnesien" alle übrigen Symptome eine Häufigkeit von wenigstens 30% haben. Bis zur Entlassung findet bei den akuten organischen Psychosen ein starker Rückgang der Symptommhäufigkeit statt, bei den chronischen organischen Psychosen beträgt der Rückgang kaum mehr als 10% .

Symptom	akute org.Psy.		chronische org.Psy.	
	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.
Auffassgsstörg	38%	11%	60%	44%
Konz.-störung	59%	27%	76%	66%
Merkf.-störung	43%	23%	74%	70%
Gedächtnisstörg	39%	17%	70%	64%

Häufigkeit von Aufmerksamkeitsstörungen bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit organischen Psychosen

Ein Vergleich der Ausprägungsstärken fördert keine bedeutsamen Unterschiede zutage. Bei der Entlassung herrschen leichte Ausprägungen vor, bei der Aufnahme ist keine Ten-

denz feststellbar.

Unter den formalen Denkstörungen sind mit Ausnahme der Symptome "ideenflüchtig", "vorbeireden" und "inkohärent" alle übrigen Symptome bei den Patienten mit chronischer organischer Psychose häufiger. Dabei können sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung die Unterschiede teils beträchtlich sein.

Symptom	akute org.Psy.		chronische org.Psy.	
	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.
verlangsamt	23%	10%	30%	24%
umständlich	25%	12%	54%	44%
eingengt	23%	10%	36%	24%
perseverierend	19%	8%	36%	26%
vorbeireden	17%	2%	12%	8%
inkohärent	19%	1%	10%	8%

Häufigkeit formaler Denkstörungen bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit organischen Psychosen

Auch hier lässt sich wieder ein starker Rückgang der Häufigkeiten bis zur Entlassung bei den akuten organischen Psychosen, ein geringer Rückgang dagegen bei den chronischen organischen Psychosen ausmachen.

Betrachtet man die Ausprägungen der charakteristischen Symptome, so erkennt man bei den chronischen organischen Psychosen ein Überwiegen von starken Ausprägungen im Vergleich zu den akuten organischen Psychosen.

Symptom	akute org.Psy. Ausprägung3	chronische org.Psy. Ausprägung3
gehemmt	11%	33%
verlangsamt	-	40%
umständlich	4%	30%
eingeeengt	24%	28%
perseverierend	-	39%

prozentuale Häufigkeit der Ausprägungsstärke 3 bei der Aufnahme bei Patienten mit organischen Psychosen

Bei der Entlassung stellt man keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mehr fest hinsichtlich der Ausprägung - es überwiegen leichte Formen.

In der Gruppe der Befürchtungen und Zwänge erreicht nur das Symptom "Mißtrauen" eine größere Häufigkeit. Andere Symptome sind in beiden Gruppen selten.

Wahnsymptome sind bei der Aufnahme mit Ausnahme des Eifersuchtswahnes immer bei den akuten organischen Psychosen häufiger. Allerdings fällt auf, daß in beiden Gruppen die gleichen Wahnsymptome an der Bildung der Symptomatik auf diesem Gebiet beteiligt sind. Die meisten Patienten leiden an Wahnstimmungen, Wahnwahrnehmungen, Wahneinfällen, Wahngedanken, Wahndynamik, Beziehungs- und Verfolgungswahn. Andere Symptome erreichen selten Häufigkeiten über 10%. Bis zur Entlassung bietet sich ein umgekehrtes Bild. Durch den erheblich stärkeren Rückgang der Wahnsymptomatik bei den akuten organischen Psychosen sind nun bei den chronischen organischen Psychosen Wahnsymptome bedeutend häufiger.

Symptom	akute org.Psy.		chronische org.Psy.	
	Aufn.	Entl.	Aufn.	Entl.
Wahnstimmung	27%	2%	8%	4%
Wahnwahrnehmung	21%	-	10%	4%
Wahneinfälle	13%	-	10%	4%
Wahngedanken	30%	2%	16%	8%
Wahndynamik	23%	-	10%	8%
Beziehungswahn	17%	1%	10%	4%
Verfolgungswahn	38%	4%	16%	6%

Häufigkeiten von Wahnsymptomen bei Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit organischen Psychosen

Untersucht man die Ausprägungen der einzelnen Wahnsymptome auf Unterschiede zwischen den beiden Diagnosengruppen, so stellt man für beide Gruppen ein Überwiegen leichter bis mittlerer Ausprägungen fest.

Unter den Sinnestäuschungen ist in beiden Diagnosengruppen bei der Aufnahme "Stimmenhören" am häufigsten, wobei dieses Symptom wie auch alle anderen dieser Symptomgruppe bei den akuten organischen Psychosen weitaus häufiger ist. Bis zur Entlassung haben sich die Häufigkeiten für beide Diagnosengruppen einander angeglichen. Bezüglich der Ausprägungsstärken beobachtet man bei den akuten organischen Psychosen allgemein die schwereren Formen.

Symptom	akute org.Psy.	chronische org.Psy.
Stimmenhören	40%	8%
andere akust.Hall.	14%	4%
optische Hall.	34%	4%
Körperhall.	12%	2%

Häufigkeit von Sinnestäuschungen bei der Aufnahme bei Patienten mit organischen Psychosen.

Ich-Störungen unterscheiden sich in beiden Gruppen sowohl hinsichtlich Vorkommen als auch hinsichtlich Ausprägung nicht.

Störungen der Affektivität spielen in beiden Gruppen nur eine untergeordnete Rolle für das Symptomprofil. Es lässt sich festhalten, daß in beiden Gruppen den Affekt dämpfende Symptome, wie sie auch bei depressiven Psychosen zu finden sind, vorherrschen. Bei den chronischen organischen Psychosen kommt noch Euphorie hinzu. Anzumerken bleibt jedoch, daß die Häufigkeiten affektiver Störungen selten über 30% hinausgehen.

Symptom	akute org.Psy.	chronische org.Psy.
ratlos	30%	24%
deprimiert	28%	28%
ängstlich	53%	36%
innerl.unruhig	45%	32%
euphorisch	8%	20%

Häufigkeit von affektiven Störungen bei der Aufnahme bei Patienten mit organischen Psychosen

Unterschiede in den Ausprägung lassen sich zwischen den Diagnosengruppen nicht feststellen. Bei der Entlassung bietet sich hier wie schon in den anderen Symptomgruppen das gleiche Bild. Während Patienten mit akuter organischer Psychose fast symptomfrei entlassen werden, persistieren bei den chronischen organischen Psychosen noch etliche Symptome. So sind noch 20% der Patienten bei der Entlassung innerlich unruhig, affektarm oder ängstlich. Für beide Diagnosengruppen sind unter den Antriebsstörungen besonders "antriebsarm" und "motorisch unruhig" zu nennen, bei den chronischen organischen Psychosen sind zusätzlich noch viele Patienten antriebsgehemmt.

Symptom	akute org.Psy.	chronische org.Psy.
antriebsarm	16%	20%
antriebsgehemmt	4%	14%
motorisch unruhig	48%	20%

Häufigkeit von Antriebsstörungen bei der Aufnahme bei Patienten mit organischen Psychosen

Bei der Entlassung findet man als einziges häufiges Symptom "Antriebsarmut" bei 20% der Patienten mit chronischer organischer Psychose.

Weiterhin zeigt ein Großteil der Patienten beider Diagnosengruppen keinerlei Krankheitseinsicht oder Krankheitsgefühl, lehnt die Behandlung ab oder tritt einen sozialen Rückzug an. Daneben findet man bei den chronischen organischen Psychosen noch ein hohes Maß an Pflegebedürftigkeit bei den Patienten, bei den akuten organischen Psychosen Angstzustände und Halluzinationen.

Symptom	akute org.Psy.	chronische org.Psy.
Mangel a.Kr.gefühl	32%	22%
Mangel a.Kr.einsicht	45%	30%
Ablehng der Behandlg	16%	18%
pflegebedürftig	14%	30%
Angstzustände	24%	4%
Halluzinationen vom deliranten Typ	23%	4%

Häufigkeit weiterer psychischer Störungen bei Patienten mit organischen Psychosen bei der Aufnahme

Bis zur Entlassung gelingt bei den akuten organischen Psychosen wieder eine deutliche Reduktion der entsprechenden Symptome, bei den chronischen organischen Psychosen dagegen lediglich eine Rückführung der Symptomatik auf Fälle mit leichter Ausprägung.

Im Vergleich zu anderen Diagnosengruppen treten Schlafstörungen selten auf. Für beide Diagnosengruppen stellen sie

jedoch die häufigste Form somatischer Störungen dar. Bis zur Entlassung ist der Rückgang dieser Symptome wieder bei den akuten organischen Psychosen groß, bei den chronischen organischen Psychosen gering. Unter den Appetenzstörungen sind in beiden Gruppen verminderter Appetit und verminderte Sexualität häufig; bei der Entlassung sind alle Störungen gleichmäßig selten. Andere somatische Störungen, insbesondere gastro-intestinale Störungen sind bei den akuten organischen Psychosen häufiger. Dies gilt allerdings nur bei der Aufnahme.

Symptom	akute org.Psy.	chronische org.Psy.
Übelkeit	17%	8%
Erbrechen	14%	10%
Magenbeschwerden	14%	8%
vermehrtes Schwitzen	33%	4%
Herzklopfen	12%	4%
Schwindel	13%	14%

Häufigkeit somatischer Störungen bei der Aufnahme bei Patienten mit organischen Psychosen

Neurologische Störungen sind in beiden Diagnosengruppen wesentlicher Bestandteil der psychopathologischen Symptomatik. Bei den chronischen organischen Psychosen ist die Häufigkeit bei der Aufnahme etwas höher und der Rückgang bei der Entlassung etwas geringer. Insbesondere "Rigor", "Tremor", "Hypokinesien" und "Ataxie" sind als häufige Symptome beider Diagnosengruppen zu nennen. Der Vergleich der Ausprägungsstärken zeigt keine Unterschiede. Leichte bis mittlere Stärken herrschen vor.

3. VERGLEICH ENTSPRECHENDER DIAGNOSENGRUPPEN DES JAHRES 1978 UND DES JAHRES 1981 BEZÜGLICH GESCHLECHTSVERTEILUNG, AUFENTHALTSDAUER, ALTERSVERTEILUNG UND PSYCHOPATHOLOGISCHER AUFNAHMESYMPТОМАТИК

3. 1. EINFÜHRUNG

Bereits in den Arbeiten von H. Engelhardt⁴⁾ und H. Ditz³⁾ wurde der Versuch unternommen, ein Symptomprofil für einzelne Diagnosengruppen zu entwickeln anhand der vorgegebenen Symptome des AMDP-Systems.

Das Vorgehen war dabei folgendermaßen: der Gliederung des AMDP-Bogens folgend, wurde untersucht, welche Symptome oder auch Symptomgruppen für eine bestimmte Diagnosengruppe typisch waren. Typisch heißt dabei, daß die Häufigkeit der jeweiligen Symptome erheblich über der anderer Diagnosengruppen lag, aber auch umgekehrt, daß ein bestimmtes Symptom innerhalb einer Diagnosengruppe überdurchschnittlich selten war. Anhand dieser Symptome wurde sodann in einem zweiten Schritt der Versuch unternommen, das Symptomprofil der Diagnosengruppe zu entwerfen. Auf diese Weise sollte es möglich sein, mittels der Anwesenheit oder Abwesenheit bestimmter Symptome bei einem Patienten oder einer Patientengruppe die Einreihung unter einer Diagnosengruppe zu ermöglichen.

Wir wollen nun im Rahmen dieses Abschnittes überprüfen, inwieweit die damals erarbeiteten Symptomprofile mit denen übereinstimmen, die sich aus der Auswertung unserer Daten ergeben, oder wo grundlegende Unterschiede bestehen. Dabei wollen wir zusätzlich überprüfen, ob etwaige Unterschiede in den Symptomprofilen nicht auch zurückführbar sind auf die 1979 erfolgte Revision der ICD.

Weiterhin wollen wir bei der Betrachtung der Diagnosengruppen nicht nur einen Vergleich der psychopathologischen Symptomatik selbst anstellen, sondern auch andere uns zur Verfügung stehende Kennwerte wie Geschlechtsverteilung, Altersverteilung und Klinikaufenthaltsdauer hinzuziehen.

Die im Rahmen unserer Arbeit erhobenen Daten über den Schweregrad der Krankheit, die Syndromwerte und auch die Entlassungssymptomatik bleiben unberücksichtigt - sie sind einer späteren Diskussion vorbehalten, die auf diese Daten eines anderen Jahrganges oder einer anderen Patienten-Gruppe zurückgreifen kann. Schwierigkeiten ergaben sich beim Vergleich der Arbeiten von H. Engelhardt⁴⁾ und H. Ditz³⁾ mit unserer Arbeit insofern, als die von uns gewählte Verteilung der Patienten auf die einzelnen Diagnosengruppen nicht in allen Fällen mit deren Einteilung übereinstimmt. Aus diesem Grunde mußte die Depression im Rahmen einer Cyclothymie bei uns mit den endogenen monopolaren Depressionen zusammengefasst werden. Die Diagnosengruppen akute und chronische organische Psychosen entsprachen einander, ebenso die Zusammensetzung der Diagnosengruppen endogene Manie und andere affektive Psychosen. Die Gruppe "andere nichtorganische Psychosen" unserer Arbeit konnte mit keiner der Referenzarbeiten verglichen werden, da sich in den beiden Arbeiten keine Gruppe mit ähnlicher Zusammensetzung findet. Männer und Frauen, bei denen 1981 die Erstdiagnose "endogene monopolare Depression" gestellt worden war, wurden zusammen mit den Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie betrachtet. Wie bei den Vergleichen der affektiven Psychosen des Jahres 1981 hinreichend deutlich gemacht, unterscheiden sich ja diese drei Gruppen hinsichtlich ihrer Symptomatik nur sehr gering, sodaß eine gemeinsame Betrachtung zweckmäßig erscheinen mag. Im weiteren wollen wir diese neugebildete Diagnosengruppe als "endogene Depression" bezeichnen.

3.2 VERGLEICH DER DIAGNOSENGRUPPE "DEPRESSIVE REAKTIVE PSYCHOSE" DES JAHRES 1978 MIT DER GRUPPE "ENDOGENE DEPRESSION" DES JAHRES 1981

3.2.1 Geschlechtsverteilung

Die Zahl der Patienten mit depressiver affektiver Psychose ist in beiden Jahren nahezu gleich. 1978 waren es 291 Patienten, im Jahre 1981 waren es 349 Patienten, wobei in beiden Jahren der prozentuale Anteil der Gruppe an der Klinikpopulation sich nicht unterscheidet. 1981 erreicht er 17,2%, im Jahre 1978 16,6%. Wurde 1978 ein Verhältnis Männer zu Frauen von 1,0 : 2,3 festgestellt, so hat sich dieses auf 1,0 : 2,7 verändert.

3.2.2 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter beider Gruppen ist sich sehr ähnlich (Differenz von 0,2 Jahren). Dies gilt auch für die Durchschnittsalter der Frauen. Bei den Männern dagegen unterscheiden sich die Werte um über 3 Jahre. 1978 lag das Durchschnittsalter der Männer bei 52,3, im Jahre 1981 bei 55,5 Jahren. In beiden Jahren wurden Patienten der gleichen Altersgruppen behandelt, so daß sich die Altersverteilungskurven beider Jahre sehr ähneln.

3.2.3 Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe unterscheidet sich nicht wesentlich in beiden Jahren. 1978 wie 1981 waren die meisten Patienten zwischen 3 und 11 Wochen in der Klinik. Auch der Häufigkeitsgipfel liegt 1978 und 1981 in der 5. bis 9. Woche.

3.2.4 Symptomatik

Orientierungsstörungen sind im Jahr 1978 wie im Jahr 1981 äußerst selten. Unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind in beiden Jahren die gleichen Symptome erhöht, nämlich Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, darunter am stärksten die Konzentrationsstörungen. Insgesamt liegt 1981 die Häufig-

keit für die genannten Symptome leicht über der für 1978.

Symptom	1978	1981
Auffassungsstörungen	13%	18%
Konzentrationsstörungen	49%	63%
Merkfähigkeitsstörungen	35%	36%
Gedächtnisstörungen	20%	24%

Auch in der Symptomengruppe der formalen Denkstörungen findet man 1981 prozentual höhere Werte als 1978. Der Unterschied beträgt in der Regel 10%, kann aber auch höher ausfallen. Allerdings sind 1978 wie 1981 die meisten Patienten im Denken gehemmt, verlangsamt, eingeengt oder umständlich. Andere Symptome kommen nur selten vor.

Symptom	1978	1981
gehemmt	23%	31%
umständlich	11%	20%
eingeengt	29%	50%
verlangsamt	38%	39%

Unter den Befürchtungen und Zwängen ist 1978 wie 1981 das "Mißtrauen" und die "Hypochondrie" häufig.

Die Wahnsymptomatik tritt in beiden Jahren bezüglich der Häufigkeit gegenüber anderen Störungen weit in den Hintergrund. Erhöht - und dies in nahezu gleichem Maße sind lediglich "Schuldwahn" und "Verarmungswahn". Wahngedanken und ein Verfolgungswahn lassen sich 1978 erheblich seltener als 1981 beobachten.

Symptom	1978	1981
Schuldwahn	11%	14%
Verarmungswahn	7%	8%
Verfolgungswahn	3%	8%
Wahngedanken	5%	8%

Ein erstaunliches Maß an Übereinstimmung besteht auf dem Gebiet der Affektivitätsstörungen. Nicht nur sind die gleichen Symptome erhöht bzw herabgesetzt, sondern es reduzieren sich auch die Differenzen der Häufigkeiten auf nur wenige Prozent.

Symptom	1978	1981
ratlos	41%	33%
Gefühl der Gefühllosigkeit	18%	27%
affektarm	19%	24%
deprimiert	86%	91%
hoffnungslos	57%	62%
ängstlich	65%	66%
innerlich unruhig	65%	59%
klagsam	34%	39%
Insuffizienzgefühle	58%	52%

Allerdings fällt auf, daß 1981 die affektive Symptomatik bei allgemein etwas mehr Patienten zum Tragen kommt. Die Häufigkeit affektiver Störungen liegt nämlich in nahezu allen Fällen 1981 über der von 1978.

Auch bei den psychomotorischen Störungen traten nur geringe Unterschiede auf. Die meisten Patienten waren in beiden Jahren antriebsarm, antriebsgehemmt oder motorisch unruhig. Seltener fand man eine Antriebssteigerung oder Mutismus. Die übrigen Störungen dieser Gruppe zählten in beiden Jahren zu den Ausnahmen.

Symptom	1978	1981
antriebsgesteigert	10%	9%
antriebsarm	54%	52%
motorisch unruhig	21%	25%
antriebsgehemmt	34%	40%

Weiter fanden sich in beiden Diagnosengruppen noch häufig ein sozialer Rückzug, Suizidalität und Mangel an Krankheitsgefühl. Andere psychische Störungen waren in beiden

Jahren äußerst selten.

Symptom	1978	1981
sozialer Rückzug	52%	62%
Suizidalität	39%	34%
Mangel an Krankheitsgef.	15%	12%

Schlaf- und Vigilanzstörungen sind 1978 wie 1981 die häufigsten somatischen Störungen. Dabei sind die Symptome in gleichem Maße erhöht. Als einziges Symptom ist "verkürzte Schlafdauer" 1981 viel häufiger als 1978.

Symptom	1978	1981
Einschlafstörungen	71%	67%
Durchschlafstörungen	79%	68%
verkürzte Schlafdauer	40%	48%
Müdigkeit	29%	31%

Identisch sind die Häufigkeiten der Appetenzstörungen in beiden Jahren. Appetitmangel und verminderte Sexualität sind häufig, vermehrter Appetit und Durst selten.

Andere vegetative Symptome kommen allgemein 1978 häufiger vor als 1981. Dabei betragen die Unterschiede bis zur Hälfte des Wertes von 1978. Allerdings sind auch 1981 die gleichen Symptome - "Obstipation", "Schwitzen", "Herzsensationen", "Kopfdruck" und "Mundtrockenheit" erhöht.

Symptom	1978	1981
Obstipation	27%	24%
vermehrtes Schwitzen	23%	15%
Kopfdruck	21%	13%
Mundtrockenheit	22%	11%

3.3 VERGLEICH DER DIAGNOSENGRUPPE "ZYKLOTHYMIEN" DES JAHRES 1978 MIT DER GRUPPE "ANDERE AFFEKTIVE PSYCHOSEN" DES JAHRES 1981

3.3.1 Geschlechtsverteilung

Die Zahl der Patienten mit Mischzuständen hat 1981 gegenüber 1978 deutlich von 67 auf 24 Patienten abgenommen. Der Anteil an der Klinikpopulation sank von 3,8% auf 1,2%. Das Verhältnis Männer zu Frauen blieb nahezu gleich. Es änderte sich von 1,0 : 1,8 im Jahre 1978 auf 1,0 : 1,7 im Jahre 1981.

3.3.2 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter beider Gruppen ist gleich (43,3 bzw. 43,6 Jahre). Während aber das Durchschnittsalter der Männer und der Frauen im Jahre 1978 fast identisch ist, liegen diese beiden Werte 1981 um 6,9 Jahre auseinander. Es wurden 1981 wie 1978 Patienten der Altersgruppen zwischen 20 und 74 Jahren behandelt. Die Altersverteilungskurve indes unterscheidet sich stark. 1981 weist die Kurve zwei Häufigkeitsgipfel in den Altersgruppen der 30- bis 39-jährigen und der 45- bis 54-jährigen auf. 1978 dagegen finden wir nach H. Engelhardt⁴⁾ "eine breite Streuung über sämtliche Altersstufen mit einem flachen Häufigkeitsgipfel zwischen 20 und 34 Jahren."

3.3.3 Aufenthaltsdauer

Sämtliche Durchschnittswerte liegen 1981 bedeutend höher als 1978. Der durchschnittliche Klinikaufenthalt der Diagnosengruppe betrug 1978 41 Tage, 1981 dagegen 57 Tage. Auch nach Trennung in Geschlechter bestehen erhebliche Unterschiede. 1978 wurden die Patienten zwischen einem und 120 Tagen behandelt, 1981 wurde dieser Zeitraum auf 147 Tage gestreckt. Die Überwiegenden Behandlungsdauern reichten 1978 bis zum 59. Tag, 1981 bis zum 49. Tag.

3.3.4 Symptomatik

Orientierungsstörungen kommen 1978 viel häufiger vor. Allerdings erreichen auch 1978 diese Störungen nur sehr geringe Bedeutung.

Die wichtigsten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind 1978 wie 1981 die gleichen Symptome. Einzig den Auffassungsstörungen kommt 1981 eine im Vergleich zu 1978 nur geringe Bedeutung zu.

Symptom	1978	1981
Gedächtnisstörungen	16%	17%
Merkfähigkeitstörungen	24%	42%
Konzentrationsstörungen	46%	63%
Auffassungsstörungen	12%	4%

Unter den formalen Denkstörungen lassen sich Unterschiede in der psychopathologischen Symptomatik feststellen. So ist eingeeengtes Denken ebenso wie gehemmtes Denken 1978 viel seltener als 1981; im Jahr 1981 wiederum kommt besonders der Inkohärenz des Denkens eine nur untergeordnete Bedeutung zu. In beiden Jahren sind die Symptome "verlangsamt" und "ideenflüchtig" häufig.

Symptom	1978	1981
eingeeengt	19%	38%
gehemmt	4%	17%
verlangsamt	33%	21%
ideenflüchtig	45%	29%
inkohärent	30%	8%
vorbeireden	18%	13%

Den Befürchtungen und Zwängen kommt in beiden Jahren nur untergeordnete Bedeutung zu.

Im Bereich der Wahnsymptome sind keine großen Abweichungen feststellbar. Wahngedanken, Wahndynamik und Beziehungswahn stellen die häufigsten Störungen dieser Gruppe dar, im Jahre 1981 kommen noch Beeinträchtigungswahn und Wahneinfälle hinzu. Die Häufigkeit dieser Symptome überschreitet

allerdings 13% nie.

Auch bei den Störungen der Affektivität finden sich keine gravierenden Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit. Besonders deutlich erhöht sind 1981 allerdings gegenüber 1978 die Symptome "Verarmungsgefühle" und "Affektlabilität". Die meisten Symptome sind jedoch nur leicht erhöht. Es kommen jedoch nur 3 Symptome aus dieser Gruppe 1978 häufiger vor. Insgesamt kann man sagen, daß 1978 wie 1981 die gleichen Symptome aus dieser Gruppe das Profil prägen, wenn auch die Symptomatik 1981 etwas häufiger anzutreffen ist.

Symptom	1978	1981
affektlabil	9%	25%
Insuffizienzgefühle	31%	42%
klagsam	17%	17%
ängstlich	30%	33%
deprimiert	52%	54%
gereizt	27%	33%
innerlich unruhig	60%	54%
ratlos	34%	21%
affektstarr	18%	8%

Auffällig groß auch die Ähnlichkeit bei den Antriebsstörungen für beide Patientengruppen. Einzig antriebsgehemmt sind 1981 sehr viel mehr Patienten als 1978. Die Häufigkeiten der übrigen Symptome entsprechen einander.

Abends besser fühlen sich 1978 22% der Patienten, 1981 sind es nur 8%.

Auch bei anderen Störungen, wie Aggressivität, Mangel an Krankheitsgefühl oder Krankheitseinsicht, Ablehnung der Behandlung weichen die Häufigkeiten nicht erheblich voneinander ab. Bedeutend häufiger ist 1981 allerdings soziale Umtriebigkeit zu beobachten, während ein sozialer Rückzug 1978 bei mehr Patienten auftritt.

Symptom	1978	1981
Aggressivität	22%	25%
Mangel an Krankheitsgef.	27%	25%
Mangel an Krankheitseins.	27%	25%
Suizidalität	15%	17%
soz. Rückzug	33%	21%
soz. Umtriebigkeit	15%	25%
Ablehnung der Behandlg.	15%	13%

Nahezu alle somatischen Störungen sind 1978 häufiger als 1981 und dies in teilweise großen Maßstab. Allerdings spielen nur die Schlaf- und Appetenzstörungen eine Rolle innerhalb der psychopathologischen Symptomatik.

Symptom	1978	1981
Einschlafstörungen	66%	54%
Durchschlafstörungen	63%	58%
Appetit vermindert	48%	33%
Obstipation	19%	4%

3.4 VERGLEICH DER DIAGNOSEGRUPPEN "ENDOGENE MANIE" DER JAHRE 1978 UND 1981

3.4.1 Geschlechtsverteilung

Im Vergleich zu 1978 hat sich die Zahl der manischen Patienten 1981 mehr als verdoppelt (von 33 auf 77 Patienten). Der Anteil an der Klinikpopulation hat von 1,9% auf 3,8% zugenommen. Auch das Verhältnis Männer zu Frauen hat sich zugunsten der Frauen verändert.

3.4.2 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter sowohl der Männer als auch der Frauen hat sich 1981 deutlich erhöht um beinahe 5 Jahre. Sowohl jüngere als auch ältere Patienten wurden 1981 behandelt. 1978 betrug das Alter der behandelten Patienten zwischen 20 und 59 Jahren, 1981 lag es zwischen 15 und 89 Jahren. Die Altersverteilungskurven sind sich sehr ähnlich

1981 beobachtet man lediglich entsprechend dem höheren Durchschnittsalter eine Verschiebung dieser Kurve um etwa 5 Jahre nach rechts.

3.4.3 Aufenthaltsdauer

Sowohl durchschnittliche Aufenthaltsdauer als auch minimale und maximale Aufenthaltsdauer sind für beide Diagnosegruppen nahezu identisch. Lediglich nach Geschlechtern aufgegliedert bestehen Unterschiede. War 1978 die Aufenthaltsdauer der Frauen um etwa eine Woche kürzer als die der Männer, so hat sich dieses Verhältnis 1981 gerade umgekehrt.

3.4.4 Symptomatik

Bewußtseinsstörungen sind - wenn auch selten - so doch 1978 sehr viel häufiger als 1981. Gleiches beobachtet man auch bei den Orientierungsstörungen.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind 1981 zwischen 5 und 10% häufiger als 1978. Dabei stellt man fest, daß in beiden Jahren die gleichen Symptome erhöht oder erniedrigt sind.

Große Ähnlichkeiten zeigen auch die formalen Denkstörungen. In beiden Jahren sind die Patienten so gut wie nie gehemmt, verlangsamt, umständlich oder eingengt in ihrem Denken, sondern vielmehr inkohärent oder ideenflüchtig oder sie reden vorbei. Während "vorbeireden" in beiden Jahren gleichhäufig war, war "Ideenflucht" 1978 bedeutend häufiger als 1981 und Inkohärenz sogar doppelt so häufig.

Symptom	1978	1981
vorbeireden	30%	29%
Ideenflucht	85%	70%
inkohärent	48%	22%
eingengt	12%	13%

Innerhalb der Wahnsymptomatik bestehen große Gemeinsamkeiten. Die Symptome "Wahneinfall", "Wahndynamik" und

"Größenwahn" sind in beiden Jahren gegenüber den übrigen Wahnsymptomen erhöht.

Erstaunliche Gemeinsamkeiten zeigen die Störungen der Affektivität. Mit Ausnahme der Symptome "deprimiert", "ängstlich", "gereizt", "klagsam" und "ambivalent" sind alle übrigen Symptome in ihrem Vorkommen nahezu gleichhäufig. Besonders viele Patienten sind in beiden Jahren euphorisch oder innerlich unruhig oder haben gesteigerte Selbstwertgefühle.

Symptom	1978	1981
deprimiert	6%	10%
ängstlich	6%	13%
gereizt	24%	62%
ambivalent	3%	12%
euphorisch	79%	74%
innerlich unruhig	61%	52%
gesteigerter Selbstwert	55%	49%

Antriebsstörungen fanden sich in Form von Antriebssteigerung, Logorrhoe und motorischer Unruhe. Alle anderen Symptome dieser Diagnosengruppe waren sowohl 1978 als auch 1981 äußerst selten.

Symptom	1978	1981
antriebsgesteigert	73%	87%
motorisch unruhig	64%	57%
logorrhöisch	30%	48%

1978 überwog ebenso wie 1981 die soziale Umtriebigkeit über den sozialen Rückzug. In beiden Jahren bestand bei den wenigsten Patienten Krankheitsgefühl und Krankheits-einsicht. Entsprechend lehnten circa 20% der Patienten in beiden Jahren die Behandlung ab. Suizidalität lag weder 1978 noch 1981 vor und fast die gleiche Anzahl Patienten war aggressiv.

Symptom	1978	1981
soziale Umtriebigkeit	42%	47%
Mangel an Krankh.gef.	48%	51%
Mangel an Krankh.eins.	58%	53%
Ablehng. der Behandlg.	21%	21%
Aggressivität	39%	44%

Unter den somatischen Störungen findet man in beiden Jahren große Ähnlichkeiten. So sind 1978 wie 1981 Einschlafstörungen und Durchschlafstörungen sowie verkürzter Schlaf zu beobachten und zugunsten anderer Symptome erhöht, wobei die Häufigkeit 78 gering über der von 1981 liegt. 1978 war vermehrter Durst weitaus häufiger als 1981. Andere somatische Störungen waren in beiden Gruppen äußerst selten.

Symptom	1978	1981
Einschlafstörngen	64%	55%
Durchschlafstörngen	67%	61%
verk. Schlaf	64%	61%
vermehrter Durst	18%	4%

3.5 VERGLEICH DER DIAGNOSENGRUPPEN "AKUTE ORGANISCHE PSYCHOSEN" DES JAHRES 1978 UND DES JAHRES 1981

3.5.1 Geschlechtsverteilung

Der Anteil der Diagnosengruppe an der Klinikpopulation ist in beiden Jahren gleich hoch. Vershoben hat sich von 1978 zu 1981 das Verhältnis Männer zu Frauen. Es betrug 1,4 : 1,0 im Jahre 1978, im Jahre 1981 dagegen 2,3 : 1,0.

3.5.2 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der beiden Patientengruppen ist annähernd gleich mit 41,4 bzw. 39,9 Jahren. Während aber 1978 das Durchschnittsalter der Männer und Frauen nahezu gleich ist, klappt dieser Wert 1981 um fast 10 Jahre auseinander. In beiden Jahren wurden Patienten der gleichen

Altersgruppen behandelt. 1978 wie 1981 waren die meisten Patienten zwischen 20 und 49 Jahren alt. Ältere Patienten waren selten. Die Altersgipfel stimmen allerdings nicht überein.

3.5.3 Aufenthaltsdauer

Sowohl die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Diagnosegruppe als auch die der Männer und der Frauen sind einander sehr ähnlich. Bei Betrachtung der Altersverteilungskurve fällt auf, daß eine deutliche Abnahme der Patientenzahlen 1978 erst mit der 10. Woche, 1981 bereits ab der 7. Woche einsetzt. Längere Behandlungszeiten kamen in beiden Jahren fast nicht vor.

3.5.4 Symptomatik

Bewußtseinsstörungen sind 1978 bedeutend häufiger anzutreffen als 1981. Insbesondere delirant sind 1978 17% der Patienten.

Orientierungsstörungen dagegen zeigen sehr ähnliche Prozentwerte für die einzelnen Symptome in beiden Jahren. Zeitliche Orientierungsstörungen sind am häufigsten, Orientierungsstörungen über die eigene Person am seltensten.

Symptom	1978	1981
zeitliche O-störung	35%	39%
örtliche O-störung	28%	29%
situative O-störung	26%	30%
O-störung zur eigenen Pers	6%	9%

Innerhalb der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sind in beiden Patientengruppen die Symptome "Auffassungs-", "Konzentrations-", "Gedächtnis-" und "Merkfähigkeitsstörungen" sehr häufig, "Konfabulationen" oder "Paramnesien" dagegen sehr selten. Unter den o.g. Symptomen ist 1978 wie 1981 die Konzentrationsstörung am häufigsten. Abweichungen im Vorkommen betragen für das jeweilige Symptom in der Regel nur wenige Prozent.

Symptom	1978	1981
Auffassungsstörungen	53%	38%
Konzentrationsstörungen	68%	59%
Merkfähigkeitsstörungen	52%	43%
Gedächtnisstörungen	42%	39%

Formale Denkstörungen kommen 1978 und 1981 oft vor. Je nach Symptom liegen dabei die Prozentwerte beider Jahre um 2 bis 7% auseinander. Insgesamt lassen sich große Gemeinsamkeiten feststellen. Die meisten Patienten sind inkohärent, verlangsamt oder in ihrem Denken umständlich.

Symptom	1978	1981
inkohärent	26%	19%
verlangsamt	28%	23%
umständlich	20%	25%
eingengt	19%	23%
perseverierend	22%	19%

Befürchtungen und Zwänge sind mit Ausnahme des Mißtrauens in beiden Jahren selten.

Häufig anzutreffen sind Wahnsymptome. In beiden Jahren sind die gleichen Symptome erhöht, leiden die Patienten unter Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, Wahndynamik oder Verfolgungswahn. Dabei ist die Häufigkeit entsprechender Symptome 1981 immer größer.

Symptom	1978	1981
Wahnstimmung	21%	27%
Wahnwahrnehmung	16%	20%
Wahngedanken	22%	30%
Wahndynamik	16%	23%
Verfolgungswahn	27%	38%

Auch Sinnestäuschungen sind 1981 immer häufiger als 1978. Insgesamt nehmen Symptome dieser Gruppe einen breiten Stellenwert in der psychopathologischen Symptomatik die-

ser Diagnosengruppe ein.

Symptom	1978	1981
Stimmenhören	20%	40%
optische Halluz.	22%	34%

Affektivitätsstörungen sind in nur geringem Maße am Symptomenprofil der Diagnosengruppe beteiligt. In beiden Jahren erreichen die vier häufigsten Symptome, die 1978 wie 1981 die gleichen sind, nur Häufigkeiten um 40%. Mit Ausnahme eines einzigen Symptoms kamen Affektivitätsstörungen 1978 immer häufiger vor, teils mit beträchtlichen Differenzen.

Symptom	1978	1981
ratlos	38%	30%
deprimiert	34%	28%
ängstlich	51%	53%
innerlich unruhig	48%	45%

Große Unterschiede bezüglich der Häufigkeit bestehen auch bei den Antriebsstörungen. Etliche Störungen kommen 1981 nicht oder fast nicht vor, sind 1978 dagegen bei bis zu 15% der Patienten nachweisbar.

Symptom	1978	1981
antriebsgesteigert	21%	30%
motorisch unruhig	36%	48%
Parakinesen	11%	0%

Weiterhin fällt in beiden Jahren der große Prozentsatz an Patienten auf, die eine Behandlung ablehnen oder keine Krankheitseinsicht zeigen und aggressiv reagieren oder einen sozialen Rückzug antreten.

Symptom	1978	1981
Mangel an Krankh-einsicht	42%	42%
Mangel an Krankh-gefühl	27%	32%
Aggressivität	13%	15%
Ablehnung d. Behandlung	22%	16%
sozialer Rückzug	36%	20%

Dabei kommt jedem der oben aufgeführten Symptome im Verhältnis zum anderen in beiden Jahren die gleiche Wertigkeit zu.

An somatischen Störungen ist außer den Schlafstörungen und den Appetenzstörungen nur noch die Störung im gastro-intestinalen Bereich erwähnenswert und in beiden Jahren zu beobachten. Man findet Übelkeit und vermehrtes Schwitzen im Jahre 1981 häufiger, bei den Schlafstörungen und den Appetenzstörungen überwiegt das Vorkommen 1978.

Symptom	1978	1981
Einschlafstörungen	48%	32%
Durchschlafstörungen	54%	46%
vermind. Appetit	42%	26%
vermehrtes Schwitzen	34%	33%
Übelkeit	11%	17%
Erbrechen	4%	14%

Neurologische Störungen sind 1981 wie 1978 häufig; im Jahre 1978 kommt ihnen ein größerer Stellenwert zu.

3.6 VERGLEICH DER DIAGNOSENGRUPPE "CHRONISCHE ORGANISCHE PSYCHOSEN" DES JAHRES 1978 UND 1981

3.6.1 Geschlechtsverteilung

Der Anteil der Patienten, bei denen eine Diagnose aus dem Bereich der chronischen organischen Psychosen gestellt wurde, ist in beiden Jahren in Bezug auf die Klinikpopulation gleich. Unterschiede bestehen jedoch bei der Geschlechterrelation: waren 1978 die Frauen noch im Verhältnis 1,4 : 1,0 häufiger, so überwiegen 1981 die Männer im Verhältnis 1,8 : 1,0.

3.6.2 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe liegt 1981 um 7 Jahre unter dem von 1978. Interessanterweise findet man 1981 die Häufigkeitsgipfel trotz des niedrigeren Durchschnittsalters um 5 Jahre nach rechts verschoben, d.h. zu höheren Lebensaltern. Bei Aufteilung der Kurve in die Kurven der beiden Geschlechter bestehen starke Ähnlichkeiten innerhalb der Patientengruppen.

3.6.3 Aufenthaltsdauer

Mit 34 Tagen liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1981 um eine knappe Woche unter der des Jahres 1978. Bedeutende Unterschiede findet man bei einer getrennten Betrachtung der Kurven von Männern und Frauen. Männer hatten 1981 eine Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 28 Tagen, 1978 dagegen von 39 Tagen; bei den Frauen waren es 1981 45 Tage, 1978 dagegen 40 Tage. 1978 waren Behandlungen über 11 Wochen selten, 1981 schon Behandlungen über 9 Wochen.

3.6.4 Symptomatik

Bewußtseinsstörungen treten 1978 zwar prozentual bei mehr Patienten auf, sind aber von der Vielfalt her nicht derart gestreut.

Orientierungsstörungen sind 1978 bedeutend häufiger. Dies gilt ganz besonders für zeitliche Orientierungsstörungen.

Symptom	1978	1981
zeitliche O.-störung	56%	36%
örtliche O.-störung	41%	32%
situative O.-störung	38%	30%
O.-störg zur Person	15%	14%

Unter den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen erreicht als einziges Symptom "Konzentrationsstörungen" 1978 eine größere Häufigkeit als 1981. Man stellt allerdings fest, daß in beiden Jahren die gleichen Symptome dieser Symptomgruppe erhöht sind.

Symptom	1978	1981
Konzentrationsstörungen	82%	76%
Gedächtnisstörungen	67%	70%
Auffassungsstörungen	56%	60%
Merkfähigkeitsstörungen	74%	74%

Es lässt sich sagen, daß dieser Symptomgruppe bei der Bildung des Symptomprofiles eine überragende Bedeutung zukommt.

Die meisten Patienten sind 1978 wie 1981 verlangsamt, eingeengt im Denken oder im Denken umständlich oder perseverierend, wenn Störungen aus dem Bereich der formalen Denkstörungen auftreten. Allerdings müssen sich die Häufigkeiten für entsprechende Symptome nicht unbedingt ähneln.

Symptom	1978	1981
umständlich	44%	54%
verlangsamt	56%	30%
eingeengt	41%	36%
perseverierend	28%	36%

Große Unterschiede bestehen bei den Befürchtungen und Zwängen. So kommt "Hypochondrie" 1978 mehr als 3mal so häufig als 1981 vor und Überwertige Ideen, die 1978 bei 8% der Patienten nachweisbar sind, treten 1981 nicht auf.

Wahnsymptome beobachtet man 1978 viel häufiger als 1981. Allerdings sind in beiden Jahren die gleichen Symptome häufig bzw. selten.

Symptom	1978	1981
Wahnstimmung	23%	8%
Wahrnehmung	18%	10%
Wahngedanken	18%	10%
Verfolgungswahn	10%	16%

Unter den Sinnestäuschungen ist "Stimmenhören" 1978 wie 1981 das häufigste Symptom. Insgesamt kommt den Sinnestäuschungen eine größere Bedeutung in dieser Diagnosen-Gruppe zu als beispielsweise bei den affektiven Psychosen, die Häufigkeiten, wie man sie bei den akuten organischen Psychosen findet, werden aber weder 1978 noch 1981 erreicht.

Affektivitätsstörungen sind 1978 wie 1981 nicht am Aufbau der psychopathologischen Symptomatik beteiligt. Entsprechend erreichen sie nur Häufigkeiten von maximal 44%. Die meisten Patienten sind 1981 und 1978 entweder ängstlich, deprimiert oder innerlich unruhig.

Antriebsstörungen finden sich in beiden Jahren am häufigsten als motorische Unruhe oder als Antriebsarmut. Die meisten Antriebsstörungen sind 1978 etwas häufiger als 1981 zu finden.

Symptom	1978	1981
antriebsarm	44%	20%
motorische Unruhe	28%	20%
logorrhöisch	10%	8%

Nächtliche Exazerbationen oder andere Verlaufsbesonderheiten wurden 1981 garnicht, 1978 dagegen sehr oft beobachtet.

Wie bei den akuten organischen Psychosen auch sind sehr viele Patienten in einem sozialen Rückzug befindlich oder zeigen mangelnde Krankheitseinsicht. Gering ist die Zahl

derjenigen, die die Behandlung ablehnen oder aggressiv reagieren, besonders 1978.

Symptom	1978	1981
Mangel an Krankh.eins.	31%	30%
sozialer Rückzug	56%	42%
Ablehnung der Behandlung	8%	18%
Aggressivität	5%	8%

Somatische Störungen sind allgemein in beiden Jahren sehr häufig und zwar nicht nur in Form von Schlaf- oder Appetenzstörungen, wobei die Häufigkeiten entsprechender Symptome zumeist 1978 höher anzusetzen sind als 1981.

Symptom	1978	1981
Einschlafstörungen	59%	40%
Durchschlafstörungen	72%	40%
verminderter Appetit	49%	30%
Kopfdruck	23%	14%
Schwindel	28%	14%

Neurologische Störungen kommen in beiden Jahren sehr häufig und in entsprechender Verteilung vor.

DISKUSSION

Der Inhalt der vorliegenden Arbeit besteht in der deskriptiv statistischen Beschreibung der Patienten mit affektiven Psychosen (ICD-Nummer 296), mit anderen nichtorganischen Psychosen (ICD-Nummer 298), mit akuten organischen Psychosen (ICD-Nummern 291 bis 293) und mit chronischen organischen Psychosen (ICD-Nummern 290 und 294), die in der Zeit vom 01.01.1981 bis zum 31.12.1981 an der Psychiatrischen Klinik der Universität München stationär zur Behandlung aufgenommen wurden. Die Arbeit stützt sich auf folgende Daten: stationäre Behandlungsdauer, Einstufung des Schweregrades der Krankheit (dargestellt anhand des GAS-Wertes), Altersverteilung, Syndromwerte (bestehend aus einer Summe der Symptomausprägungen) und die AMDP-Symptome. Mithilfe dieser Daten sollten drei Fragen überprüft werden. Zum einen sollte geklärt werden, ob die 9. Revision der ICD für das Kapitel V - Psychiatrische Erkrankungen⁴⁾ Änderungen erbracht hatte, die derart weitreichend waren, daß Vergleiche von Diagnosengruppen, deren Zusammensetzung auf den Diagnosen der ICD-8¹³⁾ basierten mit solchen Gruppen, die mittels der ICD-9¹⁴⁾ erstellt worden waren, erschwert wurden. Zum zweiten sollte versucht werden, anhand der Symptomatik ein für jede Diagnosengruppe eigentümliches Symptomprofil zu erstellen. Drittens schließlich sollten die von uns für die jeweilige Diagnosengruppe des Jahres 1981 ermittelten Symptomprofile verglichen werden mit entsprechenden des Jahres 1978. Hier war insbesondere der Aspekt interessant, zu überprüfen, ob etwaige Unterschiede zwischen den Symptomprofilen erklärlich sind mit der zwischenzeitlich erfolgten Änderung der ICD oder ob andere Gründe für die Abweichungen verantwortlich gemacht werden müssen.

Im Berichtszeitraum 1981 setzte sich die Diagnosengruppe

"endogene Depression" aus 224 Frauen und 82 Männern zusammen. Zu dieser Diagnosengruppe zählen wir die Einzeldiagnosen endogene Depression und depressive reaktive Psychose. In dieser Diagnosengruppe besteht ein ausgeprägtes Mißverhältnis im Verhältnis der Geschlechter zueinander; die Frauen überwiegen mit 2,7 : 1,0. Eine ähnlich ausgeprägte Asymmetrie in der Geschlechtsverteilung besteht bei den übrigen affektiven Psychosen nicht. Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe beträgt 54,2 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 50 Tage. Der GAS-Wert der Diagnosengruppe beträgt bei der Aufnahme 42 Punkte, bei der Entlassung 67 Punkte.

Diese zahlenmäßig sehr starke Diagnosengruppe wurde zur weiteren Beschreibung aufgeteilt in zwei Untergruppen, die sich nur durch das Geschlecht unterscheiden. Die Unterschiede im psychopathologischen Symptomprofil zwischen Männern und Frauen waren dabei äußerst gering.

Vorherrschend für die psychopathologische Symptomatik waren aus der Gruppe der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen die Konzentrationsstörungen mit einer Häufigkeit von 63% bei der Aufnahme, weiterhin Gedächtnisstörungen, die 24 % der Patienten aufwiesen, sowie Merkfähigkeitsstörungen, die man bei 35% beobachtete. Kendell⁵⁾ nennt besondere Konzentrationsstörungen als ein typisches Symptom dieser Diagnosengruppe, was unsere Untersuchung bestätigt. Eingeengtes Denken stellt weiter nach Schulte-Tölle¹¹⁾ ein Merkmal einer endogenen Depression dar; in der Gruppe der formalen Denkstörungen rechnen sie zusätzlich gehemmtes Denken hinzu. Ersteres Symptom beobachten wir bei der Aufnahme bei 52 % der Patienten, das zweite Symptom bei 32 %. Auch verlangsamtes (39 %), umständliches (21 %) und perseverierendes Denken (19 %) können wohl als kennzeichnend für diese Diagnosengruppe angesehen werden. Treten Wahnsymptome auf, so handelt es sich nach Schulte-Tölle¹¹⁾ fast ausschließlich um Schuldwahn, hypochondrischen Wahn oder Verarmungswahn. Auch wir finden diese Wahnformen besonders häufig. Dabei ist auffällig, daß Wahnsymptome bei Männern weitaus häufiger als bei

Frauen auftreten. So ist der Schuldwahn als häufigste Wahnform bei Männern 2,2mal häufiger, der hypochondrische Wahn 6,5mal und der Verarmungswahn noch 1,5mal. Erreichen auch die genannten Symptome selten Häufigkeiten über 20%, so muß dennoch festgehalten werden, daß aus der Masse der verschiedenen Wahnsymptome in dieser Diagnosengruppe wenn, dann fast immer die genannten Symptome auftreten. Störungen der Affektivität nehmen natürlich in der psychopathologischen Symptomatik einen besonders breiten Raum ein. Sie sind bei Frauen allgemein etwas häufiger als bei Männern anzutreffen. Typische Symptome dieser Gruppe sind "deprimiert" mit einer Aufnahmehäufigkeit von 88 %, "hoffnungslos" mit 62 % und "Angst" mit 67 %. Weiter beobachten wir innere Unruhe bei 59 %, eine Störung der Vitalgefühle bei 65 % und Insuffizienzgefühle bei 52 %. 39 % der Patienten sind klagsam, 32 % schließlich ratlos. Schulte-Tölle ¹¹⁾ sehen aus den og. Symptomen vor allem "ängstlich", "deprimiert", "klagsam" und "hoffnungslos" als kennzeichnend an. Zusätzlich nennen sie noch das Gefühl der Gefühllosigkeit, das bei uns allerdings nur bei 26 % der Patienten auftritt. Unter den Antriebsstörungen beobachten wir Antriebsarmut bei 51%, Antriebshemmung mit 40 % etwas seltener. Beide Symptome werden sowohl von Schulte-Tölle ¹¹⁾ als auch von Kendell ⁵⁾ als kennzeichnend für die Diagnosengruppe beschrieben. Die zu dieser Symptomgruppe gehörenden Symptome "anhaltender Aktivitätsverlust" und "beobachtete Verlangsamung" erreichen nicht ganz die Häufigkeiten der beiden anderen Symptome. Andererseits waren diese beiden Störungen lediglich bei den Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie und bei den anderen affektiven Psychosen häufiger. Circadiane Besonderheiten waren im Sinne eines morgentlichen Tiefs bei 43 % zu verzeichnen. Weitere typische Symptome waren mit 33 % die Suizidalität, die bei den Männern 1,5mal häufiger als bei den Frauen auftrat und die beobachtete Depression mit 46 %. Unter den vegetativen Störungen fanden wir hauptsächlich Einschlafstörungen (66%) und Durchschlafstörungen (67%). Aber auch eine verkürzte Schlafdauer mit 47 %, Früher-

wachen mit 34 % und Müdigkeit mit 30 % sind häufige Aufnahmesymptome. Unter den somatischen Störungen findet man schließlich verminderten Appetit bei 67 % und verminderte Sexualität bei 21%. Schulte-Tölle¹¹⁾ nennen an vegetativen Störungen noch Obstipation, die 23 % unserer Patienten angaben, sowie Druckgefühle, die in Form von Kopfdruck bei 13 % und Herzdruck bei 13 % auftraten. Andere vegetative Störungen waren selten.

Bei der Entlassung sind Unterschiede im psychopathologischen Symptomprofil zwischen Männern und Frauen verschwunden, das Bild der Diagnosengruppe wird nur noch von sehr wenigen Symptomen geformt - "Konzentrationsstörungen"(27 %), "Angst"(33,0%) und "deprimiert"(25 %). Der sodann vorgenommene Vergleich der Daten der Diagnosengruppe "depressive affektive Psychose" der Arbeit von H. Engelhardt⁴⁾ aus dem Jahre 1978 mit einer Gruppe "depressive affektive Psychose" unserer Arbeit, die gebildet wurde aus den beiden Diagnosengruppen "endogene Depression" und "Depression im Rahmen einer Cyclothymie", erbrachte keine gravierenden Unterschiede. Vielmehr lässt sich unser Symptomprofil sehr gut mit dem des Jahres 1978 in Einklang bringen und auch die übrigen Kennwerte wie Geschlechterrelation, Altersverteilung und Aufenthaltsdauer haben sich nur wenig geändert. Die Symptomatik der depressiven affektiven Psychosen im Jahre 1981 kann als identisch der des Jahres 1978 bezüglich der Häufigkeit der einzelnen charakteristischen Symptome beschrieben werden. Größere Abweichungen gab es lediglich bei zwei Symptomen: so war "eingeengtes Denken" 1981 1,8mal häufiger als 1978 und "umständliches Denken" kam 1981 1,9mal häufiger als 1978 vor. Bei den übrigen Symptomen waren Unterschiede in der Häufigkeit von mehr als 20% die Ausnahme.

Im Gegensatz zu ähnlichen Untersuchungen früherer Jahre wurden die Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie in unserer Arbeit als eigenständige Gruppe getrennt von den endogenen Depressionen betrachtet. Die 43 Patienten, deren Anteil an der Klinikpopulation 2,12% beträgt, setzen sich

aus 13 Männern und 30 Frauen zusammen. Das Durchschnittsalter beträgt 52,3 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 53 Tage, der GAS-Wert bei der Aufnahme 38, bei der Entlassung 67 Punkte.

Unterschiede in der psychopathologischen Symptomatik zwischen den monopolaren endogenen Depressionen und den Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie wurden von uns nicht festgestellt. Die Trennung dieser beiden Gruppen erscheint daher nach unseren Auswertungen nicht sinnvoll. Zukünftige Untersuchungen werden zeigen, ob die Trennung der beiden Diagnosengruppen nicht doch beibehalten werden soll. Die Symptome "Grübeln" (56 %), "deprimiert" (93%), "antriebsarm" (63 %), "sozialer Rückzug" (70%), "Einschlafstörungen" (72 %), "Durchschlafstörungen" (77 %), "Früh-erwachen" (58 %) und "verminderter Appetit" (72 %) fanden sich bei dieser Diagnosengruppe am häufigsten im Vergleich zu den anderen untersuchten Diagnosengruppen. Allerdings liegen auch diese Symptome in einer der Häufigkeit der endogenen Depressionen durchaus vergleichbaren Häufigkeit vor. Das Symptomprofil der endogenen Depressionen entspricht denn auch dem der Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie. Die geringen prozentualen Unterschiede in der Häufigkeit der einzelnen charakteristischen Symptome ermöglichen keine Differenzierung der beiden Diagnosengruppen.

77 Patienten, davon 37 Männer und 40 Frauen, bilden die Diagnosengruppe "endogene Manie". In dieser Diagnosengruppe ist im Gegensatz zu den endogenen Depressionen das Geschlechtsverhältnis mit 1,1 : 1,0 ausgeglichen. Das Durchschnittsalter beträgt 43,2 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 38 Tage, der GAS-Wert bei der Aufnahme 40, bei der Entlassung 64 Punkte.

Innerhalb der Symptomgruppe Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen bestimmen besonders Konzentrationsstörungen mit einer Häufigkeit von 68 % und Merkfähigkeitsstörungen mit 36 % das Bild. Schulte-Tölle¹¹⁾ nennen vor allem die Konzentrationsstörungen als typisches Symptom; andere Sym-

ptome dieser Gruppe seien von untergeordneter Bedeutung. Auch bei den formalen Denkstörungen lassen die beiden Autoren lediglich die Ideenflucht als wesentlich gelten; dieses Symptom erreicht bei uns eine Aufnahmehäufigkeit von 70 % und damit die ihm zugesprochene Bedeutung. Am häufigsten finden sich in dieser Diagnosengruppe natürlich Störungen der Affektivität. So liegen bei 74% Euphorie, bei 46 % Dysphorie, bei 62 % Gereiztheit, und bei 44 % Aggressivität bei der Aufnahme vor. Sämtliche Symptome werden sowohl von Kendell⁵⁾ als auch von Schulte-Tölle¹¹⁾ genannt. Innerlich unruhig sind 52 % der Patienten und unter gesteigerten Selbstwertgefühlen leiden 49 %. An Wahnsymptomen ist nur der Größenwahn mit 16 % Aufnahmehäufigkeit zu nennen; ein ähnlich hoher Wert wird in keiner anderen der untersuchten Diagnosengruppen erreicht. Auch diese Symptome werden ebenso wie die Logorrhoe, die bei uns bei 48 % der Patienten auftritt, von Kendell⁵⁾ und von Schulte-Tölle¹¹⁾ beschrieben. Unter den Antriebsstörungen werden von uns Antriebssteigerungen und motorische Unruhe als wesentlich erkannt. Ersteres kommt bei 87% der Patienten vor, letzteres bei 57 %. Weitere typische Symptome waren "Mangel an Krankheitseinsicht" bei 53 % und an Krankheitsgefühl bei 51 %, "soziale Umtriebigkeit" bei 47 % und "gehobene Stimmungslage während der Untersuchung" bei 34 %. Die von Kendell⁵⁾ genannten Symptome "inkohärent" und "vertrauliche Distanzlosigkeit" finden sich in unserer Diagnosengruppe bei 22 % bzw. 31 % der Patienten. Schulte-Tölle¹¹⁾ nennen noch Affektlabilität als wesentliches Symptom. Dies beobachteten wir bei 30 % der Patienten. Unter den Schlafstörungen waren Einschlafstörungen mit 55 %, Durchschlafstörungen mit 61% und eine verkürzte Schlafdauer mit 61% häufig. Das von Kendell⁵⁾ angeführte Früherwachen trat in unserer Gruppe nur bei 16 % der Patienten auf, war also beispielsweise bei den Depressionen häufiger.

Aus den genannten Symptomen waren Ideenflucht, Euphorie, Gereiztheit, Antriebssteigerung, Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht, verkürzter Schlaf, vertrauliche

Distanzlosigkeit, gehobene Stimmung während der Untersuchung, Aggressivität, Dysphorie und zuletzt gesteigerte Selbstwertgefühle in keiner anderen Diagnosengruppe häufiger.

Der Rückgang der Symptommhäufigkeiten ist für die Manien geringer als für die zweite große Gruppe affektiver Psychosen, für die Depressionen. Bei der Entlassung ist die Symptomatik nach wie vor geprägt von Konzentrationsstörungen bei 33 %, von Ideenflucht bei 20 % und Euphorie bei 31 %. Bei 30 % lässt sich noch innere Unruhe feststellen und 33 % sind antriebsgesteigert. Motorische Unruhe kommt bei 22 % der Patienten vor, Logorrhoe bei 25 %, soziale Umtriebigkeit bei 21 % und Mangel an Krankheitseinsicht ebenfalls bei 21 %.

Insgesamt können die Manien bezüglich ihrer Symptomatik als spiegelbildlich zu den endogenen Depressionen aufgefasst werden. Aus gleichen Symptomgruppen des AMDP-Bogens finden sich für eine Diagnosengruppe immer gerade die Symptome in großer Häufigkeit, die bei der anderen Gruppe kaum zu finden sind.

Die Zahl der Patienten der Diagnosengruppe "endogene Manie" hat 1981 gegenüber 1978 deutlich zugenommen, die Geschlechterrelation blieb annähernd gleich. Mit der Zunahme der Patientenzahlen einher geht eine breiter gestreute Altersverteilung, auch das Durchschnittsalter ist 1981 um 5 Jahre höher anzusetzen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zeigte nur geringe Unterschiede. Das 1981 entworfene Symptomprofil lässt sich fast vollständig mit dem des Jahres 1978 zur Deckung bringen. Innerhalb gleicher Symptomgruppen waren auch die gleichen Symptome häufig. Unterschiede in der Häufigkeit des Vorkommens überschritten selten 10%. Inkohärentes Denken war 1978 2,2mal häufiger als 1981, Gereiztheit dagegen fand sich 1981 2,5mal häufiger. Bei den Antriebsstörungen betrugen die Abweichungen je Symptom bis zu 18%. Die somatischen Störungen waren als einziges sehr viel häufiger 1978. So fand man zum Beispiel vermehrten Durst 4,5mal häufiger.

Zur Diagnosengruppe "andere affektive Psychosen" fassen wir die Diagnosen mit den ICD-Nummern 296.4 bis 296.9 zusammen. Diese Gruppe besteht aus 24 Patienten, 15 Männern und 9 Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 43,3 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 57 Tage. Bei der Aufnahme erreicht der GAS-Wert 40, bei der Entlassung 66 Punkte.

Ein Symptomprofil aufzustellen, erwies sich in Anbetracht der geringen Patientenzahl als schwierig. Zusammenfassend lässt sich sagen, daß das Symptomprofil dieser Diagnosengruppe sich zusammensetzt aus den bereits bei den endogenen Depressionen und den endogenen Manien beschriebenen Symptomen.

Gegenüber 1978 ist die Zahl der Patienten mit anderen affektiven Psychosen stark von 67 auf 24 zurückgegangen, wobei allerdings die Geschlechterrelation gleich blieb. In der Altersverteilung bestehen erhebliche Unterschiede - verschiedene Häufigkeitsgipfel, Unterschiede im Durchschnittsalter der Männer und Frauen -, wogegen das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe gleich blieb. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe hat stark zugenommen, verursacht allerdings durch einige wenige Patienten mit langen Behandlungszeiten. Das psychopathologische Profil der Patienten mit anderen affektiven Psychosen wird 1981 wie 1978 durch die gleichen Symptome beschrieben. Dabei ergaben sich bei einem Vergleich der Häufigkeiten teilweise beträchtliche Unterschiede. Wir führen diese zurück auf die geringe statistische Reliabilität einer nur aus 24 Patienten bestehenden Diagnosengruppe.

Für alle affektiven Psychosen (ICD-Nummern 296 und 298.0 und 298.1), die im Rahmen dieser Arbeit beschrieben wurden, beträgt der Anteil der Patienten an der Klinikpopulation 22,2%. 141 der 450 Patienten sind Männer, 309 Patienten sind weiblich. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 46,2 Jahre, wobei das Durchschnittsalter der Männer mit 43,7 Jahren erheblich unter dem der Frauen

liegt (51,5 Jahre). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt für alle Patienten bei 49 Tagen, für die Männer bei 42 und für die Frauen mit affektiven Psychosen bei 52 Tagen. Die Geschlechterrelation beträgt für alle affektiven Psychosen 1,0 : 2,2 (Männer zu Frauen).

Zur Gruppe der "anderen nichtorganischen Psychosen" fassen wir die Diagnosen mit den ICD-Nummern 298.2 bis 298.9 zusammen. Es handelt sich dabei um die Diagnosen "reaktiver Verwirrtheitszustand", "akute paranoide Reaktion", "psychogene Psychose", "andere und nicht näher bezeichnete reaktive Psychosen", "nicht näher bezeichnete Psychosen", also Diagnosen, die zwischen den affektiven und den organischen Psychosen stehen. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt bei den 16 Patienten der Diagnosengruppe 1,0 : 3,0 Durchschnittsalter (34,3 Jahre) und durchschnittliche Aufenthaltsdauer (26 Tage) sind die geringsten aller beschriebenen Diagnosengruppen. Bei der Aufnahme beträgt der GAS-Wert 39, bei der Entlassung 68 Punkte. Aufgrund der geringen Patientenzahl ist es zweifelhaft, ob das von uns erstellte Symptomprofil die Diagnosengruppe auch tatsächlich korrekt beschreibt. Da sich zudem eine vergleichbare Diagnosengruppe in den Arbeiten von H. Engelhardt⁴⁾ und H.Ditz³⁾ nicht findet, ist auch ein Vergleich unseres Symptomprofils mit dem des Jahres 1978 nicht möglich. Im Vordergrund der Symptomatik stehen Wahnsymptome, im Sinne einer Wahnstimmung bei 38 %, als Wahngedanken bei 31 %, als Wahndynamik bei 25%, als Beziehungswahn bei 31 % und als Verfolgungswahn bei 44 %. Daneben finden sich mannigfache Symptome der verschiedensten Symptomgruppen, wie "vorbeireden"(31 %), "gesperrtes Denken"(25 %), "Inkohärenz"(31 %), "Mißtrauen"(44 %), "Angst"(75%), "Schuldgefühle"(44 %), "Parathymie"(25%) und Zerrfahrenheitssymptome (zwischen 13 und 19 %), die in keiner anderen untersuchten Diagnosengruppe bei der Aufnahme häufiger beobachtet wurden, ohne daß diese Symptome zu einem einheitlichen Bild der Diagnosengruppe verhelfen könnten.

Bei der Entlassung finden sich lediglich Konzentrationsstörungen bei 25%, Angst und Müdigkeit ebenfalls bei 25% der Patienten.

93 Patienten wurden 1981 mit einer Erstdiagnose aus dem Bereich der akuten organischen Psychosen aufgenommen, wobei das Verhältnis Männer zu Frauen 2,3 : 1,0 betrug. Damit finden sich in dieser Diagnosengruppe die verhältnismäßig meisten Männer im Vergleich zu den anderen untersuchten Diagnosengruppen. Das Durchschnittsalter beträgt 41,4 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 27 Tage. Mit 33 Punkten bei der Aufnahme ist der GAS-Wert der niedrigste aller untersuchten Diagnosengruppen, bei der Entlassung steigt er auf 61 Punkte.

Das psychopathologische Profil der Diagnosengruppe der akuten organischen Psychosen ähnelt im wesentlichen dem der chronischen organischen Psychosen mit dem Unterschied, daß Patienten mit einer akuten organischen Psychose nahezu symptomfrei aus der Klinik entlassen werden können.

Dominierend bei Patienten dieser Diagnosengruppe sind bei der Aufnahme Orientierungsstörungen. Wir beobachten insbesondere zeitliche (38 %), örtliche (29 %) und situative (30 %) Orientierungsstörungen. Den von Schulte-Tölle¹¹⁾ genannten Orientierungsstörungen zur eigenen Person kommt in unserer Untersuchung bei 9 % Häufigkeit nur untergeordnete Bedeutung zu. Schulte-Tölle¹¹⁾ nennen desweiteren Bewußtseinsstörungen als charakteristisch für diese Diagnosengruppe. Wenn auch in keiner anderen der untersuchten Diagnosengruppen Bewußtseinsstörungen häufiger sind, muß dennoch angemerkt werden, daß die Häufigkeiten für die einzelnen Symptome 10% nicht überschreiten. Zusätzlich zu den Orientierungsstörungen prägen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen in besonderem Maße das Bild bei der Aufnahme. 59 % der Patienten leiden unter Konzentrationsstörungen, 43 % unter Merkfähigkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen treten bei 39 % auf und Auffassungsstörungen bei 38 % der Patienten. Im Gegensatz zu Schulte-Tölle¹¹⁾, die formale Denkstörungen als wesentliches Merkmal dieser

Diagnosengruppe anführen, erreichen diese bei uns eine Häufigkeit von nur wenig über 20%. Besonders häufig dagegen beobachten wir Wahnsymptome. Lediglich in der Diagnosengruppe "andere nichtorganische Psychosen" waren die Häufigkeiten ähnlich. 38 % leiden unter Verfolgungswahn, 30 % an Wahngedanken, 27 % befinden sich in einer Wahnstimmung. Aber auch Wahnwahrnehmung mit 20 %, Wahndynamik mit 23 % und Beziehungswahn mit 17 % sind häufig. Sinnestäuschungen erreichten in dieser Diagnosengruppe die höchsten Werte aller untersuchten Gruppen. 40 % der Patienten geben Stimmenhören an, 14% haben andere akustische Halluzinationen; 34 % haben optische Halluzinationen und 12 % Körperhalluzinationen. Als typische Affektivitätsstörungen nennen Schulte-Tölle¹¹⁾ für die Diagnosengruppe die Symptome "gereizt", "ratlos", "ängstlich", "aggressiv" aber auch "euphorisch" und "weinerlich". Wir beobachten gereiztes Verhalten bei 24 %, Ratlosigkeit bei 30 %, Angst bei 53 %, Aggressivität bei 15 %, Euphorie bei 8 % und weinerliches Benehmen bei 11 %. Zumindest die drei letztgenannten Symptome erreichen damit in unserer Diagnosengruppe nicht die ihnen zugesprochene Wertigkeit. Die von Schulte-Tölle¹¹⁾ genannten Antriebsstörungen "antriebsgesteigert" und "motorisch unruhig" sind dagegen mit 30 % bzw. 48 % die häufigsten Störungen aus dieser Symptomgruppe. Unter den somatischen Störungen finden sich vor allem gastro-intestinale Beschwerden im Sinne von Übelkeit bei 17 %, Erbrechen bei 14% und Magenbeschwerden bei ebenfalls 14%. Neurologische Störungen beobachten wir nicht ganz so häufig wie bei den chronischen organischen Psychosen, sie zählen aber auf jeden Fall zum psychopathologischen Profil. Besonders Tremor mit einer Häufigkeit von 25 % ist typisch. Weiter zu nennen sind Ataxie bei 11 % der Patienten und cerebrale Krampfanfälle bei 8 %. Bis zur Entlassung sind - wie bereits oben erwähnt - bei einer akuten organischen Psychose kaum noch Symptome vorhanden. Wir beobachten lediglich Konzentrationsstörungen bei 27 % der Patienten und Merkfähigkeitsstörungen bei 23 %. Auffällig ist jedoch die große Zahl an Patienten,

nämlich 29% bei der Entlassung, die keinerlei Krankheits-einsicht zeigen. Ein derart hoher Entlassungswert wird in keiner anderen untersuchten Diagnosengruppe erreicht.

Die Häufigkeit akuter organischer Psychosen hat 1981 gegenüber 1978 nicht zugenommen. Zugenommen hat jedoch der Anteil der Männer an der Diagnosengruppe. Bei gleichem Durchschnittsalter in beiden Jahren für die Diagnosengruppe bestehen erhebliche Unterschiede nach Trennung in Geschlechter. Der Vergleich der Aufenthalte zeigt dagegen keine wesentlichen Unterschiede. Bezüglich der Symptomatik lässt sich das gleiche Symptomprofil entwickeln. Teilweise beträchtliche Differenzen bestehen jedoch bei einer Betrachtung der Häufigkeit der einzelnen Symptome, wobei Abweichungen von absolut 20 Prozent und mehr keine Seltenheit sind. In der Symptomgruppe der Sinnestäuschungen beispielsweise finden sich die Symptome "Stimmenhören" und "andere akustische Halluzinationen" 1981 mehr als doppelt so häufig als 1978, während die Häufigkeiten für Antriebsstörungen 1978 um bis zu 30% über denen des Jahres 1981 liegen. Eine Erklärung für diese Differenzen mag in der zwischenzeitlich erfolgten Änderung des Kapitels "akute organische Psychosen" der ICD zu sehen sein, oder auch darin, daß 1978 mit der zweiten¹⁾, 1981 dagegen mit der vierten Auflage des AMDP-Bogens²⁾ die Symptomatik verschlüsselt wurde.

Die Diagnosengruppe "chronische organische Psychosen" setzt sich zusammen aus 50 Patienten, 32 Männern und 18 Frauen. Die Geschlechtsverteilung beträgt 1,8 : 1,0. Mit 55,2 Jahren ist das Durchschnittsalter das höchste aller untersuchten Diagnosengruppen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 34 Tage. Der GAS-Wert bei der Aufnahme erreicht 39 Punkte, bei der Entlassung 52 Punkte. Die errechnete Verbesserung von 13 Punkten während des Klinikaufenthaltes ist ebenso wie der Entlassungswert der niedrigste in allen untersuchten Diagnosengruppen erhobene Wert. Die Beschreibung der psychopathologischen Symptomatik sowie der nachfolgend vorgenommene Vergleich der

Symptomatik dieser Diagnosengruppe mit den akuten organischen Psychosen erbrachte bestimmte, für chronische organische Psychosen typische Symptome. Zeitliche (36%), örtliche (32%) und situative (30%) Orientierungsstörungen sind lediglich bei den akuten organischen Psychosen von ähnlicher Häufigkeit, Auffassungsstörungen (60%), Konzentrationsstörungen (76%), Merkfähigkeitsstörungen (74%), Gedächtnisstörungen (70%) und Konfabulationen (26%) erreichen Häufigkeiten bei der Aufnahme, die in keiner anderen untersuchten Diagnosengruppe in vergleichbarer Häufigkeit angetroffen werden. Die genannten Symptome werden auch von Schulte-Tölle¹¹⁾ als typische Symptome dieser Gruppe auch beschrieben. Innerhalb der Symptomgruppe "formale Denkstörungen" sind besonders die Symptome "umständlich", das bei 54% der Patienten auftritt und "perseverierend" mit einer Aufnahmehäufigkeit von 36%, "eingengt Denken", das wir bei 36% der Patienten feststellen und "verlangsamtes Denken" mit einer Häufigkeit von 30% zu nennen. Die beiden letzten Symptome beschreiben auch Schulte-Tölle¹¹⁾. Unter den anderen Symptomen sind "sozialer Rückzug" bei 42% zu beobachten und pflegebedürftig sind 30% der Patienten bei der Aufnahme. Diese Werte lagen in keiner anderen untersuchten Diagnosengruppe höher. Andere Symptome wurden von uns als nicht wesentlich für das Symptomprofil erkannt. Die von Schulte-Tölle¹¹⁾ genannten Symptome "Logorrhoe", "Antriebsverlangsamung", "mißmutig", "gereizt", "dysphorisch" und "Mangel an Krankheitseinsicht" werden von uns bei maximal 30% der Patienten beobachtet. Wenn überhaupt, so finden sich an Affektivitätsstörungen höchstens "deprimiert", "innerlich unruhig" und "ängstlich", die bei wenigstens einem Drittel der Patienten auftreten. Neurologische Störungen fanden sich in Form von Rigor bei 14%, als Tremor bei 20% und als Hypokinesien bei 12%. Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß das Bild eines an einer chronischen organischen Psychose Erkrankten bei der Aufnahme im wesentlichen von Orientierungs-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen und neurologischen Störungen bestimmt ist. Bei der

Entlassung fällt der geringe Rückgang der Häufigkeiten der genannten Symptome auf. So treten zeitliche Orientierungsstörungen bei der Entlassung noch bei 21%, örtliche Orientierungsstörungen, ebenso wie situative Orientierungsstörungen noch bei 14% auf. Auffassungsstörungen beobachten wir noch bei 44%, Konzentrationsstörungen bei 66%, Merkfähigkeitsstörungen bei 70%, Gedächtnisstörungen bei 64% und Konfabulationen bei 18%. In keiner anderen Diagnosengruppe werden ähnlich hohe Entlassungswerte festgestellt. Anzumerken ist weiterhin, daß Symptome der Gruppen "formale Denkstörungen" und "Wahn" bei der Entlassung in Häufigkeiten anzutreffen sind, die denen der Aufnahme entsprechen. Aus diesem Grund erscheint es notwendig, das Symptomprofil der chronischen organischen Psychosen über die bei der Aufnahme genannten charakteristischen Symptomgruppen hinaus um diese beiden Symptomgruppen zu erweitern und zusätzlich als kennzeichnend für diese Diagnosengruppe den geringen Rückgang der Häufigkeiten der einzelnen Symptome zu nennen.

Das 1981 erhobene Symptomprofil der chronischen organischen Psychosen lässt sich nur teilweise mit den Befunden des Jahres 1978 zur Deckung bringen. Man stellt fest, daß nahezu sämtliche Kennwerte 1981 niedriger anzusetzen sind. Zugenommen hat die absolute Patientenzahl und der Anteil der Männer an der Diagnosengruppe. Das Durchschnittsalter ist 1981 um 5 Jahre geringer, die Aufenthaltsdauer kürzer. Große Unterschiede bestehen bei den Aufenthaltsdauern der Männer und Frauen. Das Symptomprofil ist zwar in beiden Jahren das gleiche, stark unterscheiden sich jedoch die Häufigkeiten der einzelnen wesentlichen Symptome. So findet man beispielsweise die Symptome "Wahnstimmung", "Schuldwahn", "optische" und "Körperhalluzinationen", "Obstipation" und "Herzsensationen" und "Schwindelgefühle" 1978 wenigstens doppelt so häufig als 1981, etliche andere Symptome jedoch unterscheiden sich in ihren Häufigkeiten auch um 20 bis 40 Prozent. Eine Erklärung mag auch hier wie bei den akuten organischen Psychosen die zwischen 1978 und 1981 erfolgte Überarbeitung des Kapitels

"organische Psychosen" der ICD sein oder auch die im Jahre 1981 angewandte neuere vierte Auflage des AMDP-Bogens²⁾.

Der Anteil aller Patienten mit organischen Psychosen an der Klinikpopulation beträgt 7,1%. 97 Patienten sind männlich, 46 weiblich; damit errechnet sich das Verhältnis Männer zu Frauen zu 2,1 : 1,0. Das Durchschnittsalter der Patienten mit organischen Psychosen beträgt 46,2 Jahre, wobei das der Frauen mit 51,5 Jahren weit über dem der Männer liegt (43,7 Jahre). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 29 Tage für die Diagnosengruppe, 26 Tage für Männer und 37 Tage für Frauen.

Die von uns eingangs gestellten Fragen liessen sich anhand der Diskussion beantworten. Gelungen ist die Erstellung eines Symptomprofiles für die Diagnosengruppen "endogene monopolare Depression", "endogene Manie", "Depression im Rahmen einer Cyclothymie", "akute organische Psychose" und "chronische organische Psychose". Diese Symptomprofile befinden sich zusätzlich mit denen im Einklang, die von Schulte-Tölle¹¹⁾ und R.E. Kendell¹⁵⁾ für die jeweilige Diagnosengruppe angegeben werden. Keinen Unterschied im Symptomprofil erbrachte die von uns vorgenommene Trennung der endogenen depressiven Psychosen in monopolare Depressionen und Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie. Zukünftige Untersuchungen werden zeigen, ob diese hier getroffene Aussage sich reproduzieren lässt. Auch die Unterteilung der endogenen monopolaren Depressionen in eine männliche und eine weibliche Untergruppe erbrachte kaum Differenzierungsmöglichkeiten, sodaß hier in Zukunft eine gemeinsame Betrachtung vorgenommen werden sollte. Einzig die Feststellung, daß Wahnsymptome bei Männern mit endogener Depression weitaus häufiger anzutreffen sind als bei Frauen, sollte auch in anderen Untersuchungen überprüft und ggf. berücksichtigt werden. Für die Gruppe der "anderen nichtorganischen Psychosen" war es nicht möglich, ein verbindliches Symptomprofil zu erstellen. Verantwortlich hierfür war die geringe Zahl von nur 16 Patienten.

Zusätzlich unterscheiden sich die in dieser Diagnosengruppe enthaltenen Einzeldiagnosen so stark voneinander, daß beide Faktoren zusammengekommen durchaus eine Verzerrung des Symptomprofiles bewirken können. Eine zukünftige Untersuchung sollte dem dadurch Rechnung tragen, daß auf eine größere Patientenzahl, unter Umständen gebildet aus den Patienten mehrerer Jahre, zurückgegriffen wird. Ähnliches läßt sich für die Diagnosengruppe der "anderen affektiven Psychosen" sagen. Auch hier dürfte die geringe Zahl von 24 Patienten für Abweichungen vom tatsächlichen Symptomprofil sorgen. Allerdings bestehen keine derart großen Unterschiede in den Einzeldiagnosen, sodaß zumindest von dieser Seite her keine zusätzlichen Verzerrungen zu erwarten sind.

Durch den vorgenommenen Vergleich unserer Diagnosengruppen mit entsprechenden des Jahres 1978 ließen sich die beiden anderen Teile der Fragestellung beantworten. Die Vergleiche liefern für die jeweilige Diagnosengruppe 1978 wie 1981 das gleiche Symptomprofil. Dabei ist insbesondere hervorzuheben, daß mit Ausnahme der Diagnosengruppen "akute organische Psychosen" und "chronische organische Psychosen" sowie "andere affektive Psychosen" in die Diagnosen die gleichen Symptomprofile eingehen und sich die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Symptome nicht unterscheidet. Auch die akuten und organischen Psychosen sowie die anderen affektiven Psychosen weisen 1978 und 1981 das gleiche Symptomprofil auf, jedoch unterscheidet sich die Häufigkeitsverteilung dieser Symptome teils beträchtlich. Läßt sich dies bei den anderen affektiven Psychosen mit dem erheblichen Rückgang der Patientenzahlen von 67 im Jahre 1978 auf 24 im Jahre 1981 erklären, mögen bei den organischen Psychosen andere Gründe dafür verantwortlich sein. Eine mögliche Ursache mag in der Überarbeitung des Kapitels V der ICD zu suchen sein oder auch in der Überarbeitung des AMDP-Bogens.

Da nun - wie oben erwähnt - Unterschiede zwischen den jeweiligen Symptomprofilen lediglich in Bezug auf die Häufigkeit der einzelnen Symptome bestehen, kann auch die

1979 erfolgte Änderung der ICD keine Auswirkungen auf die Erstellung der Symptomprofile bewirkt haben. Damit kann für die von uns betrachteten Diagnosengruppen festgestellt werden, daß Vergleiche entsprechender Diagnosengruppen, die mit der 8.Revision der ICD¹³ erstellt wurden mit solchen, die anhand der 9.Revision¹⁴⁾ der ICD gebildet wurden, möglich sind und zu sinnvollen Ergebnissen führen.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Inhalt der vorliegenden Arbeit besteht in der deskriptiv statistischen Beschreibung der Patienten mit affektiven Psychosen (ICD-Nummer 296), mit akuten organischen Psychosen (ICD-Nummer 291 - 293), mit chronischen organischen Psychosen (ICD-Nummer 290 und 294) und mit anderen nichtorganischen Psychosen (ICD-Nummer 298), die in der Zeit vom 01.01.1981 bis zum 31.12.1981 an der Psychiatrischen Klinik der Universität München zur stationären Behandlung aufgenommen wurden. Die Arbeit stützt sich dabei auf folgende Daten: stationäre Behandlungsdauer, Einstufung des Schweregrades der Krankheit (dargestellt anhand des GAS-Wertes), Altersverteilung, Syndromwerte (bestehend aus einer Summe der Symptomausprägungen) und AMDP-Symptome. Grundlage der Untersuchung sind die Daten der 2026 Patienten, die im o.g. Zeitraum zur stationären Behandlung aufgenommen worden waren. Aus diesem Patientengut werten wir die Daten der 609 Patienten aus, bei denen eine der o.g. Diagnosen als Erstdiagnose gestellt worden war.

Mithilfe dieser Daten sollten drei Fragen geklärt werden: zum einen sollen verschiedene Diagnosengruppen unserer Arbeit bezüglich ihrer psychopathologischen Symptomatik bei Aufnahme und Entlassung miteinander verglichen werden. Dieser Vergleich dient dem Herausarbeiten bestimmter, für die jeweilige Diagnosengruppe typischer Symptome, bzw. dem Darstellen von Gemeinsamkeiten zwischen den Diagnosengruppen. Zum zweiten sollen die Diagnosengruppen unserer Arbeit bezüglich ihrer Aufnahmesymptomatik, der Geschlechterrelation, der Altersverteilung und der Aufenthaltsdauer mit den entsprechenden Diagnosengruppen der Dissertationen von H. Engelhardt ⁴⁾ und H. Ditz ³⁾ verglichen werden. Dieser Vergleich dient der Überprüfung und gegebenenfalls nötigen Korrektur der gewonnenen Symptomprofile. Zuletzt soll noch überprüft werden, ob etwaige

Unterschiede in der psychopathologischen Symptomatik zwischen entsprechenden Diagnosengruppen beider Jahre auf die zwischenzeitlich erfolgte Änderung der ICD zurückführbar sind.

In der Einleitung geben wir zunächst einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (ICD), wobei wir insbesondere die Veränderungen beschreiben, die die Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen im Verlaufe der verschiedenen Revisionen erfahren hat. Von besonderem Interesse ist dabei die Klärung der Frage für uns, ob die 8. Revision für das Kapitel V "Psychiatrische Erkrankungen der ICD¹³⁾ größere Unterschiede aufweist zur 9. Revision¹⁴⁾ die einen beabsichtigten Vergleich von Diagnosengruppen unserer Arbeit, die sich an der 9. Revision orientiert mit Diagnosengruppen, die mittels der 8. Revision erstellt wurden, erschweren könnte.

Dazu untersuchen wir zunächst die Bedeutung des Glossars psychiatrischer Krankheiten, welches dem Kapitel "Psychiatrische Erkrankungen" der 9. Revision der ICD¹⁴⁾ vorangestellt ist. Da aber auch die 8. Revision ein solches Glossar bereits besitzt und sich weiter die Glossaria beider Revisionen inhaltlich nahezu decken, können etwaige Unterschiede bei der Untersuchung und dem Vergleich der Patientengruppen auf die verschiedene Anwendung des Glossars nicht zurückzuführen sein. Weitere Neuerung der 9. Revision der ICD gegenüber der 8. Revision stellt im Kapitel "Psychiatrische Erkrankungen" die neue Einteilung der Krankheitsbilder selbst dar. So wurde die Zahl der depressiven Diagnosen erweitert, um der unterschiedlichen Praxis der Diagnostik in verschiedenen Ländern Rechnung zu tragen. Gleiches geschah mit den für unsere Untersuchung relevanten Gruppen "andere nichtorganische Psychosen", "senile und präsenile organische Psychosen" und "Alkoholpsychosen". Abstand genommen wird in der 9. Revision von der bis dahin angewandten Verschlüsselung einer durch eine Hirnkrankheit oder eine Allgemeinerkrankung hervorgerufenen psychiatrischen Erkrankung unter

einer einzigen ICD-Kategorie, der "combination category". Stattdessen kommt nunmehr das sogenannte "multiple coding" zur Anwendung, d.h. die Verschlüsselung der ursächlichen somatischen Erkrankung unter einer weiteren ICD-Nummer. Dies führte zu einer vollkommenen Überarbeitung des Kapitels "organische Psychosen" der ICD.

Allerdings bedeutet auch diese Änderung der ICD für unsere Absicht, nämlich Diagnosengruppen von Arbeiten, die mittels der ICD-8 erstellt wurden, zu vergleichen mit entsprechenden Gruppen, die anhand der ICD-9 gebildet wurden, kein Hindernis. Denn sowohl mit als auch ohne Kenntnis der organischen Ursache ist eine Zusammenfassung von Patienten mit verschiedensten chronischen organischen Psychosen zu einer Diagnosengruppe möglich und damit die Vergleichbarkeit zweier Gruppen gegeben.

Aus den genannten Gründen kann davon ausgegangen werden, daß die von uns betrachteten Diagnosengruppen nach wie vor vergleichbar bleiben mit den entsprechenden auf der Basis der ICD-8 erstellten.

Im Abschnitt "Material und Methodik" werden Fragestellung, sowie die Verfahrensweise bei der Bildung der Diagnosengruppen erläutert. Es folgt eine kurze Beschreibung der Daten, die im Rahmen unserer Arbeit erhoben und verwendet wurden.

Bei der Datenauswertung wurden mehrere vierstellige ICD-Kategorien zu einer Diagnosengruppe zusammengefasst und dann folgende Diagnosengruppen gebildet:

endogene monopolare Depression (DG I), Depression im Rahmen einer Cyclothymie (DG II), endogene Manie (DG III), andere affektive Psychosen (DG IV), andere nichtorganische Psychosen (DG V), akute organische Psychose (DG VI) und chronische organische Psychose (DG VII).

Weiterhin wird die Verfahrensweise bei der Beschreibung der demographischen Daten, des GAS-Wertes, des Syndromwertes und besonders der psychopathologischen Symptomatik erläutert.

Der Ergebnisteil beginnt mit der Beschreibung der Daten für die Patienten der einzelnen Diagnosengruppen. Im Ge-

gensatz zu den anderen von uns beschriebenen Diagnosengruppen wurde die Gruppe "endogene monopolare Depression" von uns wegen der sehr großen Zahl von Patienten aufgespalten in eine männliche und eine weibliche Untergruppe. Im Auswertungsteil wird die für jede Diagnosengruppe einzeln beschriebene psychopathologische Symptomatik mit der anderer Diagnosengruppen verglichen. Dabei führen wir einen Vergleich der Männer der Gruppe "endogene monopolare Depression" mit den Frauen dieser Gruppe durch; weiterhin findet sich ein Vergleich aller affektiven Psychosen untereinander und zuletzt ein Vergleich der akuten mit den chronischen organischen Psychosen. Anschließend werden die von uns erhobenen Daten über Geschlechterverteilung, Altersverteilung und psychopathologische Symptomatik der Diagnosengruppen verglichen mit den entsprechenden Kennwerten des Jahres 1978 (Dissertationen von H. Engelhardt⁴) und H. Ditz³). Mittels der Beschreibung der einzelnen Diagnosengruppen und der im Auswertungsteil ermittelten Symptomatik war es möglich, für jede Diagnosengruppe mit Ausnahme der "anderen nichtorganischen Psychosen" ein verbindliches Symptomprofil zu ermitteln.

Bei den endogenen Depressionen (Patientenzahl 306) beträgt das Durchschnittsalter 54,2 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 50 Tage. Ein ausgeprägtes Mißverhältnis findet sich in der Geschlechterrelation: die Frauen überwiegen im Verhältnis 2,7 : 1,0. Der GAS-Wert erreicht bei der Aufnahme 42, bei der Entlassung 67 Punkte. Die psychopathologische Symptomatik der Patienten ist bei der Aufnahme charakterisiert durch Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen aus der Gruppe der Aufmerksamkeitsstörungen. An formalen Denkstörungen finden sich eingeengtes, verlangsamtes, umständliches und gehemmtes Denken. Wahnsymptome kommen als Schuld- und Verarmungswahn und hypochondrischer Wahn vor. Deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, innere Unruhe, Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, klagsam und ratlos sind typische affektive Störungen. An Antriebsstörungen findet sich Antriebsarmut, Antriebshemmung und beobachtete Ver-

langsamung. Circadiane Besonderheiten traten auf in Form eines morgentlichen Tiefs. Somatische Störungen waren Schlafstörungen, verminderter Appetit, verminderte Sexualität, Kopfdruck und Obstipation. Besonders häufig bei Patienten dieser Diagnosengruppe, insbesondere bei Männern, war zuletzt Suizidalität.

Bei der Entlassung finden sich nur noch wenige Störungen: Konzentrationsstörungen, Störungen der Vitalgefühle, Depressionen, Angst und innere Unruhe liegen bei der Entlassung noch bei mehr als 20% der Patienten vor.

Bei den Männern der Diagnosengruppe "endogene monopolare Depression" (Patientenzahl 82) beträgt das Durchschnittsalter 49,9 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 44 Tage, der GAS-Wert bei der Aufnahme 43, bei der Entlassung 67 Punkte.

Bei den Frauen der Diagnosengruppe (Patientenzahl 224) "endogene monopolare Depression" beträgt das Durchschnittsalter 55,7 Jahre, ist mithin erheblich höher als das der Männer, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 53 Tage, der Aufnahme-GAS-Wert 41, der Entlassungs-GAS-Wert 66 Punkte.

Unterschiede in der psychopathologischen Symptomatik zwischen Männern und Frauen fanden sich nur in geringem Umfange. Einzig der weitaus höhere Anteil von Wahnsymptomen am Symptomprofil der Männer, der auch in einem höheren paranoid-halluzinatorischen Syndromkennwert bei den Männern zum Ausdruck kommt und eine höhere Suizidalität bei den Männern waren erkennbar.

Die Depression im Rahmen einer Cyclothymie stellt im ICD eine eigene, von den übrigen depressiven Erkrankungen abgetrennte Gruppe dar. Unsere Gruppe enthält 43 Patienten, in einem Verhältnis Männer zu Frauen von 1,0 : 2,3. Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe beträgt 52,3 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 53 Tage, der GAS-Wert bei der Aufnahme 38, bei der Entlassung 67 Punkte. Das Symptomprofil dieser Diagnosengruppe gleicht dem, das bereits bei den endogenen monopolaren Depressionen beschrieben wurde. Unterschiede in der Häufigkeit der

einzelnen charakteristischen Symptome zu den endogenen monopolaren Depressionen liessen sich von uns nicht feststellen.

Die Diagnosengruppe "endogene Manie" (Patientenzahl 77) hat mit einer Geschlechterverteilung von 1,0 : 1,1 zugunsten der Frauen ein praktisch ausgeglichenes Verhältnis ähnlich dem der Klinikpopulation. Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe beträgt 43,2 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 38 Tage, der Aufnahme-GAS-Wert 40, der Entlassungs-GAS-Wert 64 Punkte. Das psychopathologische Profil wird besonders bestimmt durch Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen im Bereich der Aufmerksamkeitsstörungen, durch Ideenflucht im Bereich der formalen Denkstörungen, weiter durch Euphorie, Dysphorie, Gereiztheit, Aggressivität, innere Unruhe, gesteigerte Selbstwertgefühle im Bereich der affektiven Störungen. An Wahnsymptomen ist Größenwahn zu nennen. Antriebsstörungen traten in Form von Logorrhoe, Antriebssteigerung und psychomotorischer Unruhe auf. Weiter beobachteten wir Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht, soziale Umtriebigkeit und eine gehobene Stimmungslage während der Untersuchung. Somatische Störungen fanden sich nur als Schlafstörungen. Bei der Entlassung ist die Symptomatik geprägt von Konzentrationsstörungen, Ideenflucht, Euphorie, innerer Unruhe, Antriebssteigerung, motorischer Unruhe, Logorrhoe, sozialer Umtriebigkeit und Mangel an Krankheitseinsicht. Andere Symptome, insbesondere somatische Störungen, sind selten. Innerhalb der Diagnosengruppe "andere affektive Psychosen" (Patientenzahl 24) beträgt das Verhältnis Männer zu Frauen 1,0 : 1,7, das Durchschnittsalter 43,3 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 57 Tage, der Aufnahme-GAS-Wert 40, der Entlassungs-GAS-Wert 66 Punkte. Aufgrund der geringen Patientenzahl bestand die Gefahr der Verzerrung des Symptomprofils. Insgesamt lässt sich jedoch sagen, daß das Symptomprofil sich zusammensetzt aus den bereits bei den endogenen monopolaren Depressionen und den endogenen Manien beschriebenen Symptomen.

Für alle affektiven Psychosen (ICD-Nummern 296 und 298.0

und 298.1), die im Rahmen dieser Arbeit beschrieben wurden, beträgt der Anteil an der Klinikpopulation 22,2%. 141 der 450 Patienten sind Männer, 309 Patienten sind weiblich. Das Geschlechtsverhältnis beträgt 1,0 : 2,2 zugunsten der Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 46,2 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 49 Tage. bei der Aufnahme beträgt der GAS-Wert 41 Punkte, bei der Entlassung sind es 66 Punkte.

Die Gruppe der "anderen nichtorganischen Psychosen" (Patientenzahl 16) weist eine Geschlechterrelation von 1 : 3 zugunsten der Frauen auf. Mit 34,3 Jahren ist das Durchschnittsalter das niedrigste aller untersuchten Diagnosengruppen, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 26 Tagen ebenfalls die geringste. Bei der Aufnahme erreicht der GAS-Wert 39, bei der Entlassung 68 Punkte. Die Symptomatik wird bei der Aufnahme in erster Linie bestimmt durch Wahnsymptome, wie Wahnstimmung, Wahngedanken, Wahndynamik, Beziehungswahn, Verfolgungswahn. Weitere häufige Symptome finden sich in Form von Vorbeireden, gesperrtem Denken, inkohärentem Denken, Mißtrauen, Angst, Schuldgefühlen, Parathymie und Zerrfahrenheit. Ein einheitliches Bild dieser Diagnosengruppe zu entwickeln war allerdings aufgrund der geringen Patientenzahl nicht möglich.

Bei der Entlassung sind noch häufig Konzentrationsstörungen, Angst und Müdigkeit zu finden. Wahnsymptome treten nicht mehr auf. Insgesamt trägt die psychopathologische Symptomatik bei der Entlassung der Definition einer akuten Erkrankung Rechnung.

Die Diagnosengruppe der "akuten organischen Psychosen" (Patientenzahl 93) weist ein Verhältnis Männer zu Frauen von 2,3 : 1,0 auf. In keiner anderen untersuchten Diagnosengruppe ist das Übergewicht der Männer größer. Das Durchschnittsalter der Diagnosengruppe beträgt 41,4 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 27 Tage. Der GAS-Wert bei der Aufnahme ist mit 33 Punkten der niedrigste aller untersuchten Gruppen. Bis zur Entlassung steigt er auf 61 Punkte. Akute organische Psychosen sind von ihrer psychopathologischen Symptomatik her entscheidend geprägt

durch zeitliche, örtliche und situative Orientierungsstörungen, durch Aufmerksamkeitsstörungen wie Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen und Merkfähigkeitsstörungen. Ganz besondere Bedeutung kommt der Wahnsymptomatik zu. Wir finden Verfolgungswahn, Wahngedanken, Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahndynamik und Beziehungswahn. An Sinnes-täuschungen sind Stimmenhören und andere akustische Halluzinationen häufig, weiter optische Halluzinationen und Körperhalluzinationen. Andere psychische Störungen erreichen - zumindest im Vergleich zu anderen von uns untersuchten Diagnosengruppen - nur geringe Häufigkeiten. An somatischen Störungen sind besonders gastro-intestinale Störungen und neurologische Störungen, vor allem Tremor, Ataxie und cerebrale Krampfanfälle zu nennen.

Bei der Entlassung findet man eine äußerst sparsame psychopathologische Symptomatik. Lediglich Gedächtnisstörungen bestimmen das Bild.

Die Diagnosengruppe "chronische organische Psychose" (Patientenzahl 50) weist ein Verhältnis Männer zu Frauen von 1,8 : 1,0 auf. Mit 55,2 Jahren wird das höchste Durchschnittsalter aller untersuchten Diagnosengruppen erreicht. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 34 Tage, der Aufnahme-GAS-Wert 39, der Entlassungs-GAS-Wert 52 Punkte und ist der niedrigste aller untersuchten Diagnosengruppen. Gleichzeitig errechnet sich mit 13 Punkten die geringste Verbesserung des GAS-Wertes. Kennzeichnend für die psychopathologische Symptomatik sind bei der Aufnahme, zeitliche, örtliche und situative Orientierungsstörungen, weiter Auffassungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen und Konfabulationen. An formalen Denkstörungen findet man umständliches, perseverierendes, eingeengtes und verlangsamtes Denken. An anderen Störungen sind noch sozialer Rückzug und Pflegebedürftigkeit häufig, unter den somatischen Störungen weiter Rigor, Tremor, Hypokinesien und Seitendifferenzen. Bestimmend bei der Entlassung sind besonders die Orientierungsstörungen und Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Der Rückgang der Häufigkeit der Symptome dieser

Gruppen bis zur Entlassung ist derart gering, daß die Entlassungshäufigkeit nahezu die der Aufnahme erreicht. Auch formale Denkstörungen sind nun in keiner anderen untersuchten Gruppe häufiger und somit erheblich bestimmend für die Symptomatik. Auffällig ist weiterhin der geringe Rückgang der Wahnsymptomatik, die bei der Aufnahme zwar nur eine untergeordnete Rolle im Symptomprofil spielt, bei der Entlassung aber - bedingt durch den geringen Rückgang - die größte Häufigkeit für die einzelnen Symptome für alle Diagnosengruppen aufweist.

Der Anteil aller Patienten mit organischen Psychosen an der Klinikpopulation beträgt 7,1%. 97 Patienten sind männlich, 46 weiblich; damit errechnet sich das Verhältnis Männer zu Frauen zu 2,1 : 1,0. Das Durchschnittsalter beträgt 46,2 Jahre, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 29 Tage und der Aufnahme-GAS-Wert 35 Punkte, der Entlassungs-GAS-Wert 58 Punkte.

Es wurde versucht, für die Diagnosengruppen "endogene monopolare Depression", "endogene Manie", "Depression im Rahmen einer Cyclothymie", für die "anderen affektiven Psychosen" und für "andere nichtorganische Psychosen", sowie für "akute" und "chronische organische Psychosen" valide Symptomprofile zu ermitteln. Dies geschah durch einen Vergleich der Symptomatik aller affektiven Psychosen und aller organischen Psychosen dieser Arbeit untereinander sowie durch Vergleiche einander entsprechender Diagnosengruppe dieser Arbeit und der Arbeit von H. Engelhardt⁴⁾ und H. Ditz³⁾. Dabei zeigte sich, daß einige Diagnosengruppen sich auf der Ebene der Symptomatik nicht unterscheiden, obwohl sie in der ICD mit Hilfe anderer Kriterien abgegrenzt werden. So stellte sich heraus, daß die Symptomatik der Männer und Frauen der Diagnosengruppe "endogene monopolare Depression" sich nicht wesentlich voneinander unterschied, ebenso wie eine Trennung der Depression im Rahmen einer Cyclothymie von den endogenen monopolaren Depressionen auf Symptomebene nicht möglich war. Bis auf geringste Unterschiede entsprachen die Symptomprofile der genannten Gruppen einander. Aufgrund der ge-

ringen Patientenzahlen und der stark unterschiedlichen Zusammensetzung der Diagnosengruppe "andere nichtorganische Psychosen" (ICD-Nummern 298.2 - 298.9) war für diese Diagnosengruppe die Erstellung eines Symptomprofiles nicht möglich. Auch für die Diagnosengruppe "andere affektive Psychosen" bestand aufgrund der geringen Patientenzahl die Gefahr einer Verzerrung des Symptomprofiles.

Der Vergleich unserer Diagnosengruppen mit entsprechenden Diagnosengruppen des Jahres 1978 erbrachte eine Bestätigung unserer Symptomprofile und gleichzeitig den Beweis, daß die mit der 9.Revision der ICD¹⁴⁾ vorgenommenen Änderungen keine Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit von Diagnosengruppen erbracht haben, soweit es die von uns betrachteten diagnostischen Gruppen betrifft.

ANHANG

VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN

I. Allgemeine Tabellen

Tab 0.1:	Einteilung der Diagnosengruppen und Fallzahlen
Tab 0.2:	Geschlechtsverteilung innerhalb der Diagnosengruppen
Tab 0.3:	Durchschnittsalter der untersuchten Diagnosengruppen
Tab 0.4:	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer innerhalb der untersuchten Diagnosengruppen
Tab 0.5:	Durchschnittliche GAS - Werte der untersuchten Diagnosengruppen
Tab 0.6:	Übersicht über die Häufigkeit von Symptomen bei der Aufnahme innerhalb der untersuchten Diagnosengruppen
Tab 0.7:	Übersicht über die Häufigkeit von Symptomen bei der Entlassung innerhalb der untersuchten Diagnosengruppen

II. Abbildungen und Tabellen der Diagnosengruppen

Diagnosengruppe I: endogene monopolare Depression

Abb 1.1.1:	Syndromwerte der Diagnosengruppe
Abb 1.1.2:	Syndromwerte der Männer der Diagnosengruppe
Abb 1.1.3:	Syndromwerte der Frauen der Diagnosengruppe
Abb 1.2.1:	Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe
Abb 1.2.2:	Aufenthaltsdauer der Männer der Diagnosengruppe

Abb 1.2.3:	Aufenthaltsdauer der Frauen der Diagnosengruppe
Abb 1.3.1:	Altersverteilung der Diagnosengruppe
Abb 1.3.2:	Altersverteilung der Männer der Diagnosengruppe
Abb 1.3.3:	Altersverteilung der Frauen der Diagnosengruppe
Abb 1.4.1:	GAS-Werte der Diagnosengruppe
Abb 1.4.2:	GAS-Werte der Männer der Diagnosengruppe
Abb 1.4.3:	GAS-Werte der Frauen der Diagnosengruppe
Tab 1.5:	Häufigkeit und Ausprägung der Symptome bei Aufnahme und Entlassung

Diagnosengruppe II: Depression im Rahmen einer Cyclothymie

Abb 2.1.1:	Syndromwerte der Diagnosengruppe
Abb 2.1.2:	Syndromwerte der Männer der Diagnosengruppe
Abb 2.1.3:	Syndromwerte der Frauen der Diagnosengruppe
Abb 2.2.1:	Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe
Abb 2.2.2:	Aufenthaltsdauer der Männer der Diagnosengruppe
Abb 2.2.3:	Aufenthaltsdauer der Frauen der Diagnosengruppe
Abb 2.3.1:	Altersverteilung der Diagnosengruppe
Abb 2.3.2:	Altersverteilung der Männer der Diagnosengruppe
Abb 2.3.3:	Altersverteilung der Frauen der Diagnosengruppe
Abb 2.4.1:	GAS-Werte der Diagnosengruppe
Abb 2.4.2:	GAS-Werte der Männer der Diagnosengruppe
Abb 2.4.3:	GAS-Werte der Frauen der Diagnosengruppe
Tab 2.5:	Häufigkeit und Ausprägung der Symptome bei Aufnahme und Entlassung

Diagnosengruppe III: endogene Manie

- Abb 3.1.1: Syndromwerte der Diagnosengruppe
- Abb 3.1.2: Syndromwerte der Männer der Diagnosengruppe
- Abb 3.1.3: Syndromwerte der Frauen der Diagnosengruppe
- Abb 3.2.1: Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe
- Abb 3.2.2: Aufenthaltsdauer der Männer der Diagnosengruppe
- Abb 3.2.3: Aufenthaltsdauer der Frauen der Diagnosengruppe
- Abb 3.3.1: Altersverteilung der Diagnosengruppe
- Abb 3.3.2: Altersverteilung der Männer der Diagnosengruppe
- Abb 3.3.3: Altersverteilung der Frauen der Diagnosengruppe
- Abb 3.4.1: GAS-Werte der Diagnosengruppe
- Abb 3.4.2: GAS-Werte der Männer der Diagnosengruppe
- Abb 3.4.3: GAS-Werte der Frauen der Diagnosengruppe
- Tab 3.5: Häufigkeit und Ausprägung der Symptome bei Aufnahme und Entlassung

Diagnosengruppe IV: andere affektive Psychosen

- Abb 4.1: Syndromwerte der Diagnosengruppe
- Abb 4.2: Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe
- Abb 4.3: Altersverteilung der Diagnosengruppe
- Abb 4.4: GAS-Werte der Diagnosengruppe
- Tab 4.5: Häufigkeit und Ausprägung der Symptome bei Aufnahme und Entlassung

Diagnosengruppe V: andere nichtorganische Psychosen

- Abb 5.1: Syndromwerte der Diagnosengruppe
- Abb 5.2: Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe
- Abb 5.3: Altersverteilung der Diagnosengruppe
- Abb 5.4: GAS-Werte der Diagnosengruppe

Tab 5.5: Häufigkeit und Ausprägung der Symptome
bei Aufnahme und Entlassung

Diagnosengruppe VI: akute organische Psychosen

Abb 6.1.1: Syndromwerte der Diagnosengruppe

Abb 6.1.2: Syndromwerte der Männer der Diagnosen-
gruppe

Abb 6.1.3: Syndromwerte der Frauen der Diagnosen-
gruppe

Abb 6.2.1: Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe

Abb 6.2.2: Aufenthaltsdauer der Männer der Diagno-
sengruppe

Abb 6.2.3: Aufenthaltsdauer der Frauen der Diagno-
sengruppe

Abb 6.3.1: Altersverteilung der Diagnosengruppe

Abb 6.3.2: Altersverteilung der Männer der Diagno-
sengruppe

Abb 6.3.3: Altersverteilung der Frauen der Diagno-
sengruppe

Abb 6.4.1: GAS-Werte der Diagnosengruppe

Abb 6.4.2: GAS-Werte der Männer der Diagnosengruppe

Abb 6.4.3: GAS-Werte der Frauen der Diagnosengruppe

Tab 6.5: Häufigkeit und Ausprägung der Symptome
bei Aufnahme und Entlassung

Diagnosengruppe VII: chronische organische Psychosen

Abb 7.1.1: Syndromwerte der Diagnosengruppe

Abb 7.1.2: Syndromwerte der Männer der Diagnosen-
gruppe

Abb 7.1.3: Syndromwerte der Frauen der Diagnosen-
gruppe

Abb 7.2.1: Aufenthaltsdauer der Diagnosengruppe

Abb 7.2.2: Aufenthaltsdauer der Männer der Diagno-
sengruppe

Abb 7.2.3:	Aufenthaltsdauer der Frauen der Diagnosengruppe
Abb 7.3.1:	Altersverteilung der Diagnosengruppe
Abb 7.3.2:	Altersverteilung der Männer der Diagnosengruppe
Abb 7.3.3:	Altersverteilung der Frauen der Diagnosengruppe
Abb 7.4.1:	GAS-Wert der Diagnosengruppe
Abb 7.4.2:	GAS-Wert der Männer der Diagnosengruppe
Abb 7.4.3:	GAS-Wert der Frauen der Diagnosengruppe
Tab 7.5:	Häufigkeit und Ausprägung der Symptome bei Aufnahme und Entlassung

Tab 0.1: Einteilung der Diagnosengruppen und Fallzahlen

Grp-Nr	ICD-Nr	Diagnose	Fallzahl		Fallzahl		Fallzahl			
			abs	%	abs	%	abs	%		
I	296.1	endogene monopol.Depression	306	15,2	82	4,1	8,2	224	11,1	21,7
	298.0	reaktive depr.Psychose								
II	296.3	Depr.im Rahmen d.Cyclothymie	43	2,1	13	0,6	1,3	30	1,5	2,9
III	296.0	endogene Manie	77	3,8	37	1,8	3,7	40	2,0	3,9
	296.2	Manie im Rahmen d.Cyclothy.								
IV	296.4	Mischzustand i.R.d. Cycloth.	24	1,2	9	0,5	0,9	15	0,7	1,5
	296.8	andere affektive Psychosen								
V	298.x	andere nichtorg.Psychosen, ohne reakt.depr.Psychose u. reakt.Erregungszustand	16	0,8	4	0,2	0,4	12	0,6	1,2
VI	291.x	Alkoholpsychosen	93	4,6	65	3,2	6,5	28	1,4	2,7
	292.x	Drogenpsychosen								
	293.x	vorübergeh.org.Psychosen								
VII	290.x	sen.u.präsen.org.Psychosen	50	2,5	32	1,6	3,2	18	0,9	1,8
	294.x	and.chron.org.Psychosen								

Tab 0.2: Geschlechtsverteilung innerhalb der untersuchten Diagnosegruppen

Grp-Nr	Grp-Name	Fallzahlen		Relation	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
I	endogene monop. Depression	82	224	1,0	2,7
II	Depr. im Rahmen d.Cyclothymie	13	30	1,0	2,3
III	endogene Manie	37	40	1,0	1,1
IV	andere affektive Psychosen	9	15	1,0	1,7
V	andere nichtorganische Psychosen	4	12	1,0	3,0
VI	akute organische Psychosen	65	28	2,3	1,0
VII	chronische organische Psychosen	32	18	1,8	1,0

Tab 0.3: Durchschnittsalter der untersuchten Diagnosengruppen

Grp-Nr	Grp-Name	Diagn.-grp	Durchschnittsalter	
			Männer	Frauen
I	endogene monopolare Depression	54,2	49,9	55,7
II	Depression im Rahmen einer Cyclothymie	52,3	48,1	54,2
III	endogene Manie	43,2	41,5	44,8
IV	andere affektive Psychosen	43,3	47,6	40,7
V	andere nichtorganische Psychosen	34,3	30,0	35,8
VI	akute organische Psychosen	41,4	39,0	47,0
VII	chronische organische Psychosen	55,2	53,3	58,4

alle Angaben in Jahren

Tab 0.4: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer innerhalb der untersuchten Diagnosegruppen					
Grp-Nr	Grp-Name	durchschnittliche Aufenthaltsdauer		Männer	Frauen
		Diagn.-grp			
I	endogene monopolare Depression	50		44	53
II	Depression im Rahmen einer Cycloth.	53		42	58
III	endogene Manie	38		34	41
IV	andere affektive Psychosen	57		51	61
V	andere nichtorganische Psychosen	26		19	28
VI	akute organische Psychosen	27		32	25
VII	chronische organische Psychosen	34		28	45
alle Angaben in Tagen					

Tab 0.5: Durchschnittliche GAS-Werte der untersuchten Diagnoseengruppen

Grp-Nr	Grp-Name	GAS-Wert			
		Aufnahme		Entlassung	
		Diagn.-grp	Männer	Diagn.-grp	Männer
		Frauen		Frauen	
I	endog.monop.Depression	42	43	41	67
					66
II	Depr.im Rahmen d.Cyclothymie	38	42	36	67
					70
III	endogene Manie	40	42	38	64
					64
IV	andere affektive Psychosen	40	41	40	66
					67
V	andere nichtorganische Psychosen	39	45	38	68
					73
VI	akute organische Psychosen	33	35	30	61
					63
VII	chronische organische Psychosen	39	39	39	52
					52
					alle Angaben in Punkte
					53

Tab 0.6: Übersicht über die prozentuale Häufigkeit der Symptome bei der Aufnahme

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Bewußtseinsstörungen							
B.-verminderung	-	-	-	-	-	6%	-
B.-trübung	-	-	-	-	-	9%	4%
B.-einengung	3%	-	1%	-	6%	4%	8%
B.-verschiebung	-	-	-	-	6%	-	2%
Orientierungsstörungen							
zeitlich	3%	-	8%	-	6%	39%	36%
örtlich	1%	2%	4%	-	6%	29%	32%
situativ	1%	2%	4%	-	13%	30%	30%
über eigene Person	-	2%	-	-	-	9%	14%
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen							
Auffassungsstörungen	17%	23%	26%	4%	31%	38%	60%
Konzentrationsstörg	63%	70%	68%	63%	38%	59%	76%
Merkfähigk.-störg	35%	42%	36%	42%	19%	43%	74%
Gedächtnisstörg	24%	21%	22%	17%	6%	39%	70%
Konfabulationen	-	2%	5%	4%	-	14%	26%
Paramnesien	-	-	-	-	6%	4%	6%
Formale Denkstörungen							
gehemmt	32%	28%	1%	17%	6%	10%	6%
verlangsamt	39%	42%	7%	21%	31%	23%	30%
umständlich	21%	16%	9%	17%	25%	25%	54%
eingeeengt	52%	40%	13%	38%	31%	23%	36%
perseverierend	19%	16%	14%	4%	19%	19%	36%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Grübeln	49%	56%	5%	29%	31%	10%	14%
Gedankendrängen	6%	2%	27%	21%	-	8%	2%
ideenflüchtig	1%	5%	70%	29%	13%	11%	4%
vorbeireden	2%	2%	29%	13%	31%	17%	12%
gesperret	2%	-	5%	4%	25%	6%	6%
inkohärent	2%	2%	22%	8%	31%	19%	10%
Neologismen	-	2%	1%	4%	-	1%	-
Befürchtungen und Zwänge							
Mißtrauen	22%	12%	14%	21%	44%	27%	20%
Hypochondrie	14%	7%	1%	4%	-	1%	6%
Phobien	2%	-	-	-	6%	1%	-
Zwangsgedanken	5%	2%	-	-	6%	2%	4%
Zwangsimpulse	1%	2%	-	-	6%	3%	2%
Zwangshandlungen	2%	2%	1%	-	6%	1%	2%
Wahn							
Wahnstimmung	5%	2%	4%	8%	38%	27%	8%
Wahnwahrnehmung	3%	-	1%	4%	13%	20%	10%
Wahneinfälle	3%	5%	12%	13%	6%	13%	10%
Wahngedanken	9%	2%	10%	13%	31%	30%	16%
system. Wahn	2%	-	3%	4%	6%	8%	8%
Wahndynamik	6%	2%	5%	13%	25%	23%	10%
Beziehungswahn	5%	2%	3%	13%	31%	17%	10%
Verfolgswahn	9%	-	-	13%	44%	38%	16%
Eifersuchtswahn	-	-	3%	-	-	9%	12%
Schuldwahn	15%	12%	-	4%	13%	3%	2%
Verarmungswahn	8%	9%	-	8%	6%	-	2%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
hypochondr.-Wahn	3%	2%	-	4%	6%	-	-
Größenwahn	-	-	16%	8%	-	4%	2%
andere Wahnhalte	1%	5%	1%	-	19%	1%	2%
Sinnestäuschungen							
Illusionen	1%	-	1%	-	6%	9%	2%
Stimmenhören	1%	-	-	4%	13%	40%	8%
andere akust.Halluz.	-	2%	1%	-	-	14%	4%
optische Halluz.	1%	-	1%	-	-	34%	4%
Körperhalluzinat.	2%	-	-	4%	-	12%	2%
Geruchshalluz.	-	-	-	-	-	4%	-
Ich-Störungen							
Derealisation	-	2%	-	-	13%	5%	2%
Depersonalisation	-	2%	1%	-	-	3%	4%
Gedankenausbreitung	-	-	1%	4%	6%	5%	2%
Gedankenentzug	-	-	-	-	6%	1%	2%
Gedankeneingebung	-	-	1%	4%	6%	2%	-
andere Ich-Störungen	-	-	-	-	6%	4%	4%
Störungen der Affektivität							
ratlos	32%	44%	13%	21%	31%	30%	24%
Gefühl d.Gef.losigk.	26%	37%	-	8%	6%	-	4%
affektarm	23%	26%	3%	8%	13%	11%	16%
Störg d.Vit.-gef.	65%	65%	5%	29%	13%	9%	18%
deprimiert	88%	93%	10%	54%	81%	28%	38%
hoffnungslos	62%	63%	4%	25%	19%	11%	4%
ängstlich	67%	58%	13%	33%	75%	53%	36%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
euphorisch	1%	-	74%	33%	13%	8%	20%
dysphorisch	12%	14%	46%	29%	6%	19%	22%
gereizt	8%	5%	62%	33%	6%	24%	22%
innerlich unruhig	59%	56%	52%	54%	63%	45%	32%
klagsam	39%	37%	8%	17%	13%	11%	16%
Insuffiz.-gefühle	52%	47%	4%	42%	31%	10%	8%
gest.Selbstwertgef.	4%	2%	49%	21%	-	4%	2%
Schuldgefühle	39%	33%	3%	25%	44%	9%	8%
Verarmungsgefühle	11%	12%	-	13%	-	-	-
ambivalent	11%	7%	12%	21%	13%	10%	2%
Parathymie	1%	-	9%	4%	25%	6%	4%
affektlabil	15%	16%	30%	25%	6%	28%	24%
affektinkontinent	4%	5%	4%	13%	6%	8%	18%
affektstarr	17%	14%	-	8%	19%	5%	4%
Antriebs- und psychomotorische Störungen							
antriebsarm	51%	63%	5%	25%	19%	16%	20%
antriebsgehemmt	40%	44%	3%	29%	19%	4%	14%
antriebsgesteigert	9%	9%	87%	50%	19%	30%	12%
motorisch unruhig	24%	30%	57%	46%	31%	48%	20%
Parakinesen	-	-	-	-	6%	-	-
manipuliert	1%	-	5%	4%	19%	4%	-
theatralisch	5%	-	17%	21%	13%	5%	4%
mutistisch	8%	2%	4%	-	13%	2%	4%
logorrhöisch	4%	9%	48%	33%	31%	9%	8%
Circadiane Besonderheiten							
morgens schlechter	43%	47%	-	13%	6%	1%	-

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
abends schlechter	5%	-	1%	4%	6%	2%	2%
abends besser	19%	19%	-	8%	-	1%	-
Andere Störungen							
sozialer Rückzug	61%	70%	8%	21%	56%	20%	42%
soziale Umtriebigk	2%	2%	47%	25%	6%	5%	2%
Aggressivität	2%	2%	44%	25%	13%	15%	8%
Suizidalität	33%	40%	4%	17%	25%	9%	16%
Selbstbeschädigung	1%	2%	1%	-	-	1%	-
Mangel an Krankh-gef	5%	2%	51%	25%	31%	32%	22%
Mangel a Krankh-eins	12%	12%	53%	29%	38%	45%	30%
Abl. der Behandlung	5%	9%	21%	13%	19%	16%	18%
pflegebedürftig	5%	5%	3%	-	-	14%	30%
zerfahrene Handlung	1%	2%	13%	13%	6%	9%	2%
zerfahrene Sprache	1%	2%	10%	-	13%	11%	2%
zerfahrenes Denken	-	2%	10%	13%	19%	11%	2%
überwertige Ideen	-	-	10%	-	13%	2%	-
psychog.-Störungen d.							
mot.u.Sinnesfunkt.	1%	2%	-	-	-	-	-
beob.Angstzustände	11%	9%	5%	4%	13%	24%	4%
Personenverkenng	-	-	4%	-	13%	10%	8%
nichtwahnh.Bez.ideen	1%	-	7%	4%	19%	2%	2%
synthymmer Wahn	14%	19%	4%	17%	-	3%	-
Erklärungswahn	-	-	-	-	-	-	4%
aff.bed.akust.Hall.	1%	-	-	4%	-	6%	-
opt./akust.Hall.vom							
deliranten Typ	-	-	-	-	-	23%	4%
komm/befehl.Stimmen	-	2%	1%	-	-	10%	6%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Autismus	1%	5%	-	-	-	1%	4%
flache Euphorie	-	-	12%	8%	13%	8%	18%
beob.-Depression	46%	49%	3%	25%	25%	11%	12%
vertraul.Distanzlos.	1%	-	30%	13%	13%	9%	8%
beob.Ablenkbarkeit	8%	12%	17%	21%	19%	14%	16%
anh.Akt.-verlust	19%	28%	-	8%	6%	9%	16%
beob.Verlangsamung	17%	23%	1%	13%	-	8%	-
mang.Beeinflußbark.							
d.Affekts u.d.Wil-							
lensfunktionen	5%	9%	3%	4%	6%	5%	4%
gehob.Stimmungslage							
während Untersuchg	1%	2%	34%	17%	-	5%	10%
Entfremdgsgefühle	4%	2%	3%	4%	6%	3%	2%
Agitiertheit	14%	12%	23%	21%	-	12%	8%
psychomot.Hemmung	17%	19%	3%	4%	6%	4%	2%
Schlaf- und Vigilanzstörungen							
Einschlafstörungen	66%	72%	55%	54%	56%	32%	40%
Durchschlafstörungen	67%	77%	61%	58%	38%	46%	40%
verk.Schlafdauer	47%	56%	61%	50%	50%	33%	22%
Früherwachen	34%	58%	16%	21%	6%	12%	14%
Müdigkeit	30%	37%	5%	8%	13%	10%	14%
Appetenzstörungen							
Appetit vermindert	67%	72%	20%	33%	19%	26%	30%
Appetit vermehrt	3%	2%	7%	-	-	1%	4%
Durst vermehrt	3%	2%	4%	-	-	4%	4%
Sexualität vermind.	21%	26%	1%	13%	19%	10%	10%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Gastro-intestinale Störungen							
Hypersalivation	-	-	3%	-	-	2%	-
Mundtrockenheit	11%	9%	5%	8%	-	2%	-
Übelkeit	8%	7%	1%	-	6%	17%	8%
Erbrechen	2%	7%	1%	-	6%	14%	10%
Magenbeschwerden	7%	7%	4%	-	6%	14%	8%
Obstipation	24%	28%	7%	4%	-	4%	8%
Diarrhoe	3%	2%	3%	-	-	5%	6%
Kardio-respiratorische Störungen							
Atembeschwerden	7%	2%	1%	-	6%	4%	4%
Schwindel	9%	7%	3%	4%	-	13%	14%
Herzklopfen	15%	9%	4%	4%	-	12%	4%
Herzdruck	13%	9%	4%	4%	-	8%	2%
Andere vegetative Störungen							
Schwitzen vermehrt	15%	19%	5%	8%	6%	33%	4%
Seborrhoe	1%	-	1%	13%	-	3%	2%
Miktionsstörungen	4%	9%	-	4%	-	1%	8%
Menstr.-störungen	1%	2%	4%	13%	13%	1%	-
Weitere Störungen							
Kopfdruck	13%	7%	5%	-	-	10%	14%
Rückenbeschwerden	6%	-	-	-	-	2%	6%
Beinschwere	8%	5%	1%	-	-	2%	2%
Hitzegefühl	5%	-	-	-	-	2%	-
Frösteln	4%	-	3%	-	-	4%	-
Konversionssymptome	1%	-	3%	-	-	1%	-

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Neurologische Störungen							
Rigor	3%	-	4%	-	-	7%	14%
Muskeltonus ernied.	1%	-	-	-	-	2%	2%
Tremor	9%	16%	8%	13%	-	25%	20%
Dyskinesien	1%	7%	-	-	-	2%	4%
Hypokinesien	2%	5%	1%	-	6%	1%	12%
Akathisie	-	2%	-	-	-	-	2%
Ataxie	1%	2%	-	-	-	11%	8%
Nystagmus	-	-	-	-	-	7%	2%
Parästhesien	1%	-	4%	-	6%	3%	6%
Seitendifferenzen	1%	-	1%	-	6%	5%	8%
cerebrale Krämpfe	-	-	-	-	-	8%	2%

Tab 0.7: Übersicht über die prozentuale Häufigkeit der Symptome bei der Entlassung

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Bewußtseinsstörungen							
B.-verminderung	1%	-	-	-	-	-	-
B.-trübung	-	-	-	-	-	1%	-
B.-einengung	-	-	-	-	-	1%	-
B.-verschiebung	-	-	-	-	-	-	-
Orientierungsstörungen							
zeitlich	1%	-	4%	-	-	3%	22%
örtlich	-	-	1%	-	-	3%	14%
situativ	-	-	-	-	-	3%	16%
über eigene Person	-	-	-	-	-	1%	2%
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen							
Auffassungsstörungen	6%	9%	8%	-	6%	11%	44%
Konzentrationsstörg	27%	28%	33%	21%	25%	27%	66%
Merkfähigk.-störg	19%	19%	18%	21%	6%	23%	70%
Gedächtnisstörg	11%	9%	13%	8%	-	17%	64%
Konfabulationen	-	2%	1%	-	-	6%	18%
Paranthesien	-	-	-	-	-	2%	4%
Formale Denkstörungen							
gehemmt	9%	9%	3%	4%	-	2%	6%
verlangsamt	14%	16%	7%	8%	13%	10%	24%
umständlich	9%	9%	5%	13%	6%	12%	44%
eingeeengt	14%	14%	5%	17%	6%	10%	24%
perseverierend	6%	5%	3%	-	6%	8%	26%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Grübeln	16%	23%	3%	8%	13%	6%	8%
Gedankendrängen	1%	-	7%	-	-	2%	-
ideenflüchtig	-	-	19%	4%	-	4%	4%
vorbelreden	-	-	8%	4%	-	2%	8%
gesperrt	1%	-	-	-	-	1%	2%
inkohärent	-	-	5%	-	-	1%	8%
Neologismen	-	-	-	-	-	1%	-
Befürchtungen und Zwänge							
Mißtrauen	6%	5%	4%	-	13%	8%	8%
Hypochoondrie	4%	5%	-	-	-	-	2%
Phobien	1%	-	-	-	6%	-	-
Zwangsdenken	2%	-	-	-	-	1%	2%
Zwangsimpulse	-	-	-	-	-	1%	2%
Zwangshandlungen	1%	-	1%	-	-	-	2%
Wahn							
Wahnstimmung	1%	-	-	-	-	2%	4%
Wahnwahrnehmung	1%	-	-	-	-	-	4%
Wahneinfälle	1%	-	3%	-	-	-	4%
Wahngedanken	2%	-	1%	-	6%	2%	8%
system. Wahn	-	-	1%	-	-	1%	6%
Wahndynamik	1%	-	-	-	6%	-	8%
Beziehungswahn	-	-	-	-	-	1%	4%
Verfolgswahn	2%	-	-	-	-	-	-
Eifersuchtswahn	-	-	-	-	-	4%	6%
Schuldwahn	2%	-	-	-	-	3%	2%
Verarmungswahn	1%	-	-	-	-	-	-

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
hypochochr. Wahn	1%	-	-	-	6%	1%	-
Größenwahn	-	-	5%	-	-	-	2%
andere Wahninhalte	-	-	-	-	-	-	2%
Sinnestäuschungen	-	-	-	-	-	1%	4%
Illusionen	-	-	-	-	-	6%	2%
Stimmenhören	-	-	-	-	-	1%	-
andere akust. Halluz.	-	1%	-	-	-	2%	-
optische Halluz.	-	-	-	-	-	3%	-
Körperhalluzinat.	-	-	-	-	-	-	-
Geruchshalluz.	-	-	-	-	-	-	-
Ich-Störungen	-	-	-	-	-	-	-
Derealisation	-	2%	-	-	-	2%	-
Depersonalisation	-	2%	-	-	-	-	-
Störungen der Affektivität							
ratlos	6%	12%	1%	-	-	4%	8%
Gefühl d. Gef. losigk.	5%	7%	-	-	6%	-	-
affektarm	6%	9%	1%	8%	6%	7%	12%
Störg d. Vit.-gef.	20%	19%	4%	8%	6%	3%	4%
deprimiert	25%	19%	10%	17%	13%	10%	14%
hoffnungslos	10%	14%	4%	4%	-	-	4%
ängstlich	33%	30%	9%	4%	25%	10%	24%
euphorisch	3%	14%	31%	25%	-	8%	12%
dysphorisch	4%	7%	12%	-	-	8%	10%
gereizt	3%	7%	18%	4%	-	10%	6%
innerlich unruhig	22%	12%	30%	8%	19%	14%	20%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
klagsam	12%	21%	4%	-	6%	2%	8%
Insuffiz.-gefühle	18%	2%	5%	21%	6%	5%	10%
gest.Selbstwertgef.	1%	2%	16%	4%	-	5%	2%
Schuldgefühle	8%	7%	5%	4%	19%	2%	2%
Verarmungsgefühle	1%	-	-	-	-	-	-
ambivalent	2%	2%	4%	4%	-	4%	-
Parathymie	1%	-	3%	4%	-	1%	2%
affektlabil	5%	12%	14%	4%	-	19%	26%
affektinkontinent	1%	2%	4%	4%	-	5%	8%
affektstarr	5%	7%	-	8%	-	5%	4%
Antriebs- und psychomotorische Störungen							
antriebsarm	18%	19%	7%	4%	6%	11%	20%
antriebsgehemmt	12%	16%	1%	8%	6%	1%	6%
antriebsgesteigert	3%	12%	34%	17%	6%	11%	2%
motorisch unruhig	7%	12%	22%	4%	-	9%	6%
Parakinesen	-	-	-	-	-	-	-
manipuliert	-	-	-	-	6%	-	-
theatralisch	4%	-	8%	13%	6%	2%	6%
mutistisch	1%	-	-	-	-	-	-
logorrhöisch	1%	-	7%	8%	-	3%	4%
Circadiane Besonderheiten							
morgens schlechter	13%	9%	3%	8%	-	-	-
abends schlechter	1%	-	1%	-	-	-	-
abends besser	4%	5%	-	8%	-	-	-

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Andere Störungen							
sozialer Rückzug	18%	21%	7%	8%	13%	11%	26%
soziale Umtriebigk	1%	2%	21%	4%	-	3%	2%
Aggressivität	-	2%	7%	4%	-	4%	4%
Suizidalität	5%	2%	-	-	-	1%	4%
Selbstbeschädigung	-	-	-	-	-	1%	-
Mangel an Krankh-gef	2%	5%	18%	8%	6%	16%	18%
Mangel a Krankh-eins	5%	9%	21%	17%	13%	29%	26%
Abl. der Behandlung	3%	2%	9%	-	-	11%	12%
pflegebedürftig	2%	2%	4%	-	-	5%	18%
zerfahrene Handlung	-	2%	4%	-	-	1%	2%
zerfahrene Sprache	-	2%	3%	-	-	-	-
zerfahrenes Denken	-	-	1%	-	-	1%	-
Überwertige Ideen	-	-	3%	4%	6%	-	-
psychog. Störungen d.							
mot.u. Sinnesfunkt.	-	2%	-	-	-	-	-
beob. Angstzustände	2%	-	1%	-	-	1%	2%
nichtwähnh. Bez. ideen	1%	-	-	-	6%	1%	-
synthymen Wahn	2%	-	-	-	-	-	-
aff. bed. akust. Hall.	-	-	-	-	-	2%	-
opt./akust. Hall. vom							
deliranten Typ	-	-	-	-	-	1%	-
komm/befehl. Stimmen	-	2%	-	-	-	2%	-
Autismus	-	-	-	-	-	2%	-
flache Euphorie	1%	-	4%	13%	-	5%	12%
beob. Depression	10%	9%	1%	8%	6%	4%	2%
vertraul. Distanzlos.	1%	-	5%	8%	-	4%	8%
beob. Ablenkbarkeit	3%	5%	9%	-	-	4%	14%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
anh. Akt.-verlust	6%	7%	1%	-	-	5%	14%
beob. Verlangsamung	6%	9%	3%	4%	-	1%	8%
mang. Beeinflußbark.							
d. Affekts u. d. Willensfunktionen	1%	2%	-	-	-	-	4%
gehob. Stimmungslage							
während Untersuchg	-	-	11%	8%	-	2%	4%
Entfremdgsgefühle	1%	2%	1%	-	-	1%	-
Agitiertheit	4%	2%	5%	4%	-	1%	2%
psychomot. Hemmung	5%	5%	3%	-	-	-	2%
Schlaf- und Vigilanzstörungen							
Einschlafstörungen	17%	14%	10%	4%	19%	14%	16%
Durchschlafstörungen	14%	23%	17%	13%	13%	11%	20%
verk. Schlafdauer	11%	9%	12%	4%	13%	2%	4%
Früherwachen	7%	12%	7%	8%	6%	-	4%
Müdigkeit	8%	5%	12%	4%	25%	2%	8%
Appetenzstörungen							
Appetit vermindert	13%	16%	4%	-	-	7%	8%
Appetit vermehrt	5%	5%	7%	-	6%	-	8%
Durst vermehrt	2%	-	3%	-	13%	1%	2%
Sexualität vermind.	9%	14%	3%	4%	13%	7%	8%
Gastro-intestinale Störungen							
Hypersalivation	-	-	1%	-	6%	-	2%
Mundtrockenheit	9%	5%	5%	-	-	1%	2%
Übelkeit	1%	2%	1%	-	6%	3%	2%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Erbrechen	-	-	-	-	6%	1%	2%
Magenbeschwerden	2%	-	1%	-	6%	3%	2%
Obstipation	9%	14%	3%	-	-	3%	4%
Diarrhoe	-	2%	1%	-	-	1%	4%
Kardio-respiratorische Störungen							
Atembeschwerden	2%	2%	3%	-	6%	-	2%
Schwindel	3%	2%	-	-	-	2%	8%
Herzklopfen	4%	-	3%	-	-	1%	4%
Herzdruck	3%	-	1%	-	-	2%	2%
Andere vegetative Störungen							
Schwitzen vermehrt	8%	-	3%	-	6%	3%	4%
Seborrhoe	-	2%	4%	13%	-	1%	4%
Miktionsstörungen	3%	2%	-	4%	-	2%	6%
Menstr.-störungen	1%	2%	1%	13%	13%	1%	-
Weitere Störungen							
Kopfdruck	4%	-	1%	-	-	2%	6%
Rückenbeschwerden	4%	-	-	-	-	-	6%
Beinschwere	3%	-	1%	-	-	1%	2%
Hitzegefühl	2%	-	-	-	-	-	-
Frösteln	1%	-	-	-	-	-	-
Konversionssymptome	-	-	1%	-	-	-	-
Neurologische Störungen							
Rigor	2%	-	5%	-	13%	3%	8%
Muskeltonus ernied.	-	-	-	-	-	2%	2%

Symptom	DG I	DG II	DG III	DG IV	DG V	DG VI	DG VII
Tremor	9%	12%	16%	13%	6%	7%	16%
Dyskinesien	1%	5%	-	-	-	1%	-
Hypokinesien	-	2%	3%	-	-	1%	4%
Akathisie	-	-	1%	-	6%	-	2%
Ataxie	-	-	-	-	-	2%	4%
Nystagmus	-	-	-	-	-	3%	-
Parästhesien	-	-	1%	-	-	3%	4%
Seitendifferenzen	1%	-	1%	-	6%	5%	8%
cerebrale Krämpfe	-	2%	-	-	-	1%	-

DIAGNOSEGRUPPE I endogene monopolare Depression

Abb 1.1.1

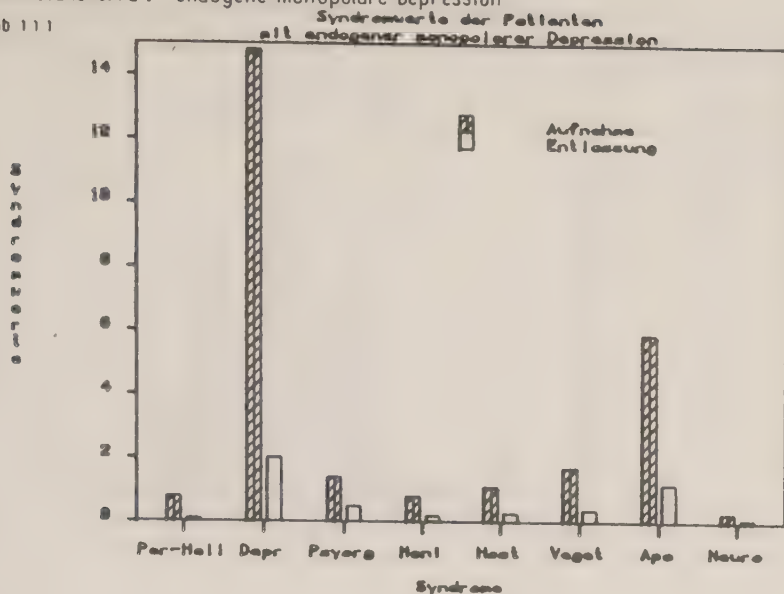


Abb 1.1.2

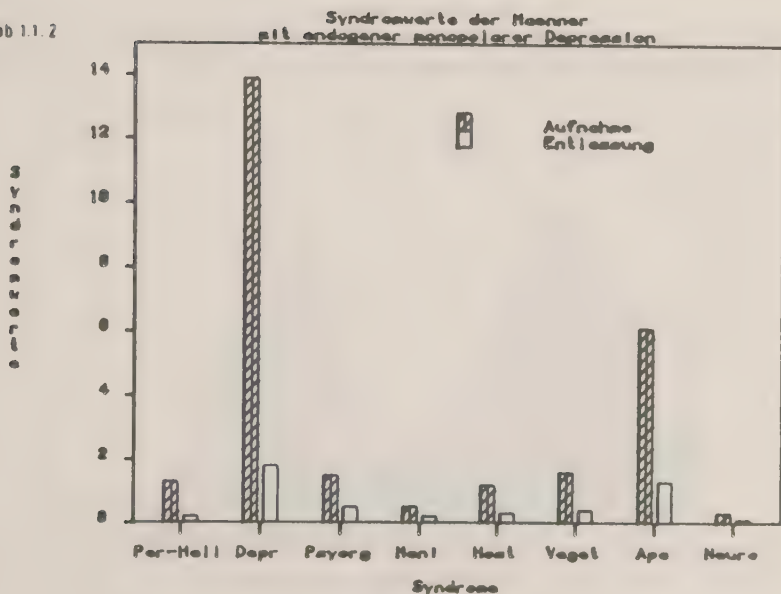


Abb 113

Syndromwerte der Frauen
mit endogener monopolarer Depression

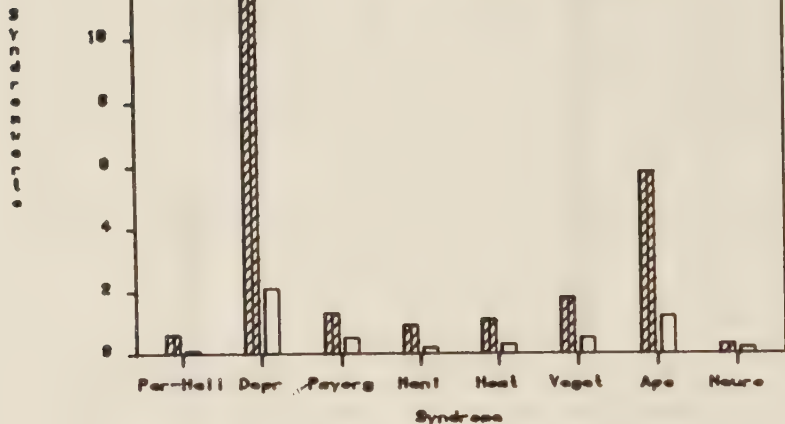


Abb 121

Aufenthaltsverteilung
der Patienten mit endogenen monopolaren Depressionen

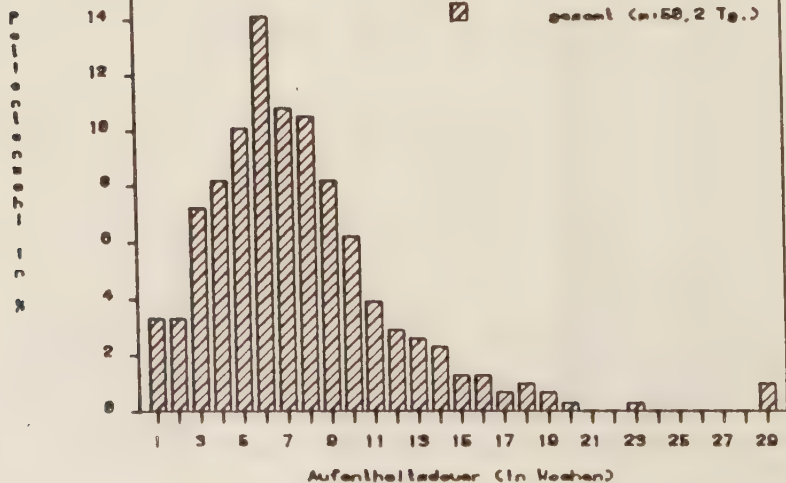


Abb 12.2

Aufenthaltsverteilung
der Männer mit endogenen monopolaren Depressionen

Personenanzahl

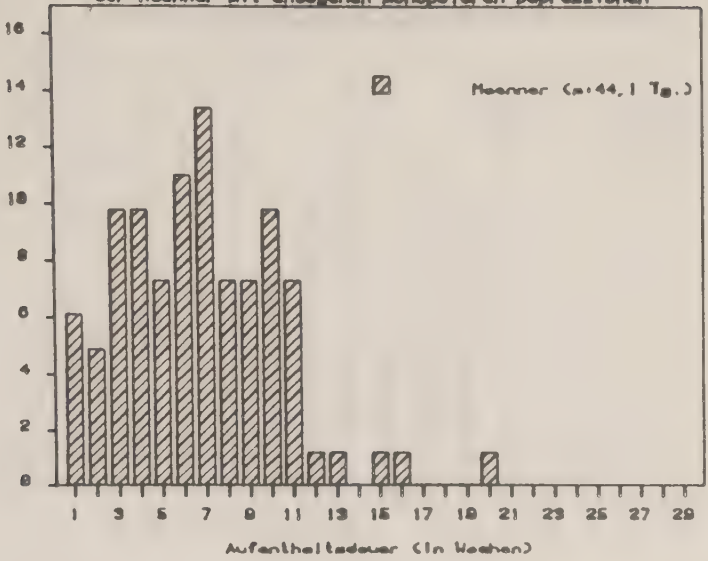


Abb 12.3

Aufenthaltsverteilung
der Frauen mit endogenen monopolaren Depressionen

Personenanzahl

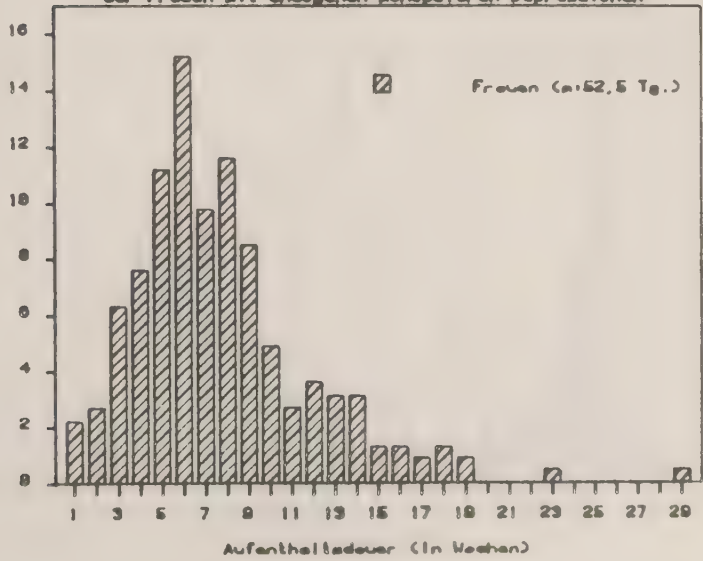


Abb 1.3.1

Altersverteilung der Patienten mit endogenen menopausalen Depressionen

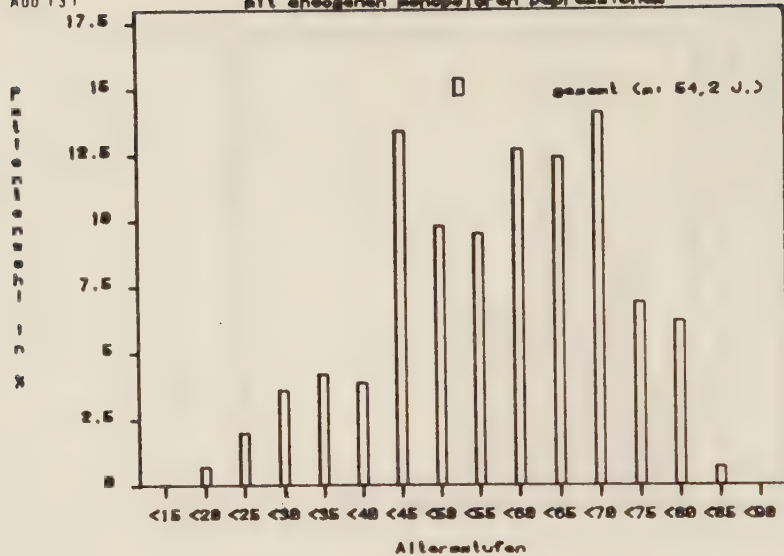


Abb 1.3.2

Altersverteilung der Männer mit endogenen menopausalen Depressionen

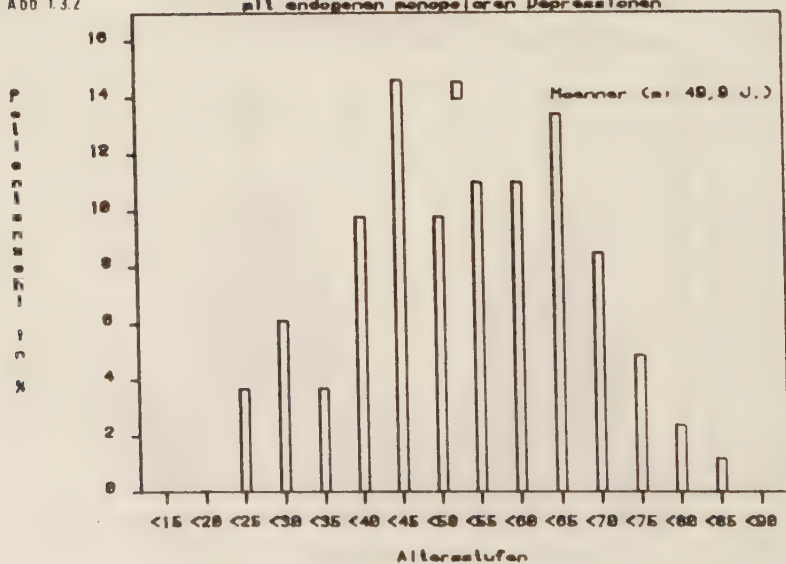


Abb 13.3

Alterverteilung der Frauen
mit endogenen menopausalen Depressionen

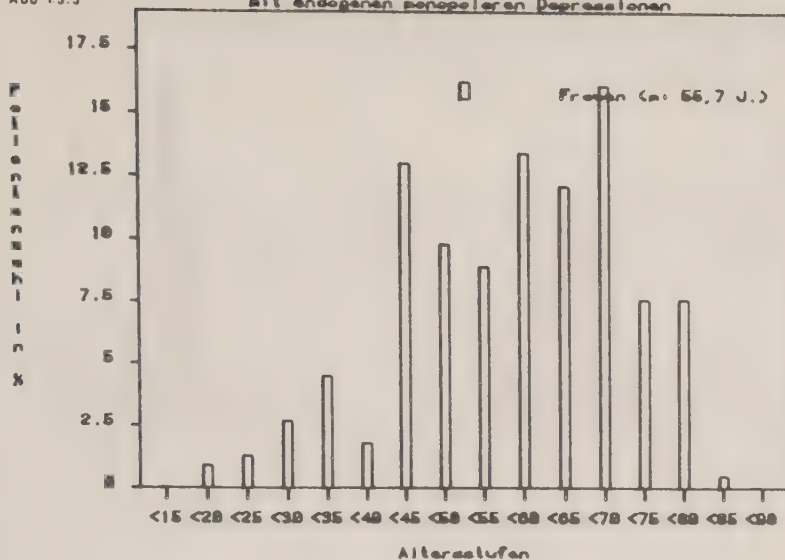


Abb 1.4.1

Global Assessment Scale - Verteilung
der endogenen menopausalen Depressionen

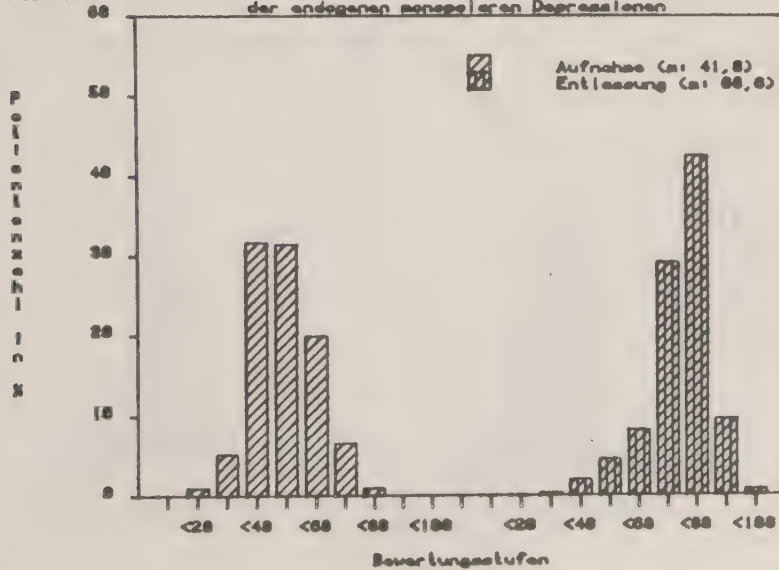


Abb 1.4.2

Global Assessment Scale - Verteilung
der Männer mit endogener mono- oder bipolarer Depression

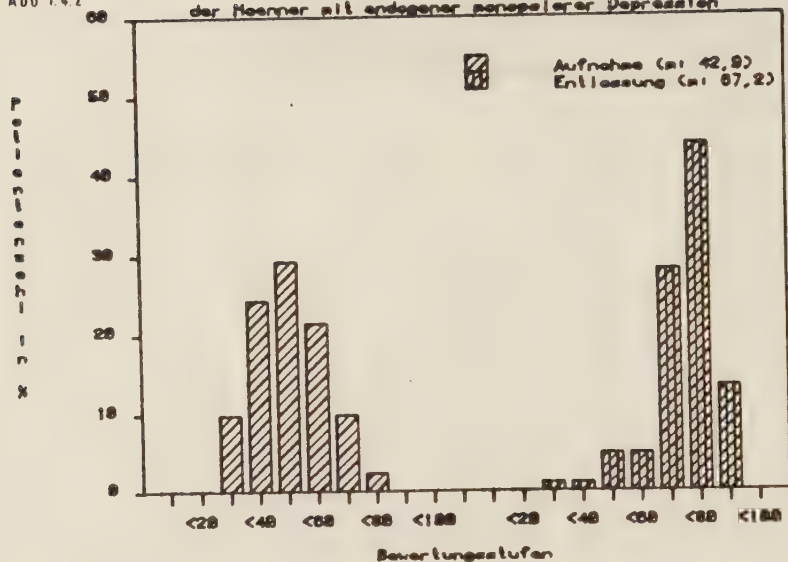
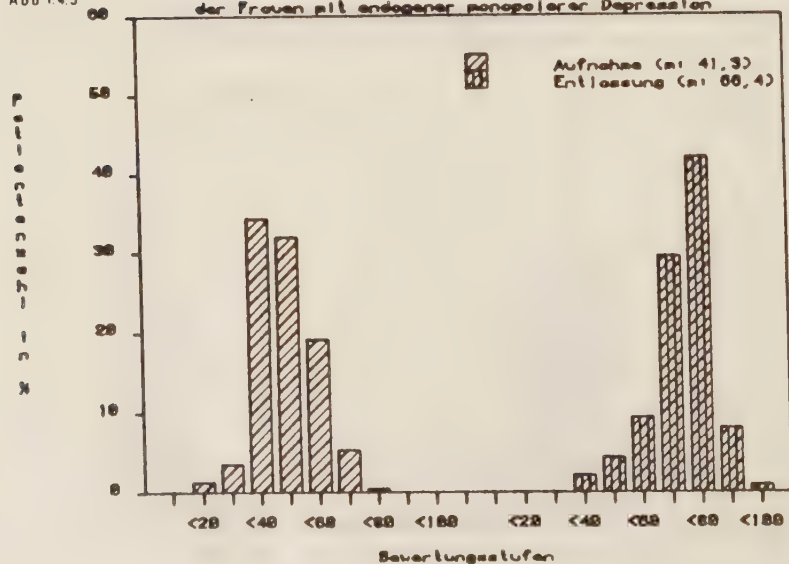


Abb 1.4.3

Global Assessment Scale - Verteilung
der Frauen mit endogener mono- oder bipolarer Depression



TAB.1.1.5

 SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI PATIENTEN
 MIT ENDOGENER MONOPOLARER DEPRESSION (=306)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung								
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung					
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3			
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen													
Konz.-störung	194	63	82	27	64	110	17	63	19	-			
Merkfähigk.strg	107	35	58	19	50	50	7	49	9	-			
Gedächtnisstörg	73	24	35	11	43	19	11	28	6	1			
Formale Denkstörungen													
gehemmt	97	32	26	9	35	35	27	20	5	1			
verlangsamt	118	39	42	14	40	50	28	34	7	1			
umständlich	64	21	28	9	28	27	9	22	6	-			
eingeengt	158	52	42	14	36	73	49	26	12	4			
Grübeln	149	49	48	16	20	69	60	41	3	4			
Befürchtungen und Zwänge													
Mißtrauen	66	22	17	6	27	32	7	12	4	1			
Wahn													
Schuldwahn	45	15	5	2	14	18	13	3	2	-			
Störungen der Affektivität													
ratlos	97	32	19	6	30	31	36	12	3	4			
Gef.d.Gef.losigk	79	26	15	5	19	37	23	9	3	3			
affektarm	71	23	17	6	27	35	9	11	6	-			
Störg.d.Vit.gef	200	65	62	20	23	96	81	50	9	3			
deprimiert	270	88	76	25	36	104	139	63	7	6			
hoffnungslos	191	62	30	10	37	82	72	17	10	3			
ängstlich	206	67	101	33	52	84	70	86	12	3			
euphorisch	4	1	9	3	2	2	-	8	1	-			
innerl.unruhig	181	59	68	22	34	85	62	56	9	3			

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
klagsam	119	39	38	12	31	52	36	25	10	3
Insuff.gef.	160	52	55	18	26	71	63	40	12	3
Schuldgefühle	120	39	23	8	24	41	45	20	1	2
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
antriebsarm	156	51	56	18	28	70	58	44	9	3
antr.gehemmt	122	40	37	12	26	45	51	30	3	4
mot.unruhig	74	24	21	7	28	32	14	18	2	1
Circadiane Besonderheiten										
morgentl.Tief	132	43	41	13	34	67	31	30	9	2
abends besser	58	19	14	4	21	30	7	9	5	-
Andere Störungen										
soz.Rückzug	185	61	54	18	43	73	66	37	15	2
Suizidalität	102	33	14	5	53	36	13	9	2	3
beob.Depression	142	46	29	10	21	70	51	22	4	3
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	202	66	52	17	50	114	38	46	5	1
Durchschlafst.	205	67	43	14	41	98	66	33	7	3
verk.Schlafst.	143	47	35	11	31	68	44	31	3	1
Früherwachen	105	34	21	7	27	41	37	18	3	-
Müdigkeit	91	30	25	8	20	53	18	23	1	1
Appetenzstörungen										
Appetit vermin.	206	67	39	13	52	104	50	29	7	3
Sex.vermindert	65	21	26	9	10	26	29	8	9	9
Andere somatische Störungen										
Obstipation	73	24	27	9	28	33	12	18	8	1

TAB.1.1a.5 SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI MÄNNERN
MIT ENDOGENER MONOPOLARER DEPRESSION (N= 82)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung								
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung					
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3			
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen													
Auffassgsstörg	18	22	8	10	11	6	1	7	1	-			
Konz.-störg	47	57	22	27	12	28	7	17	5	-			
Merkf.-störg	30	37	17	21	13	13	4	14	3	-			
Gedächtn.-störg	17	21	8	10	9	2	6	8	-	-			
Formale Denkstörungen													
gehemmt	28	34	8	10	15	7	6	7	1	-			
verlangsamt	32	39	11	13	12	13	7	10	1	-			
umständlich	25	30	9	11	13	9	3	7	2	-			
eingeengt	44	54	13	16	13	15	16	8	5	-			
perseverierend	21	26	4	5	10	4	7	3	1	-			
Grübeln	42	51	15	18	10	16	16	12	2	1			
Befürchtungen und Zwänge													
Mißtrauen	17	21	3	4	6	6	5	2	1	-			
Wahn													
Verfolgswahn	14	17	1	1	8	3	3	1	-	-			
Schuldwahn	20	24	2	2	7	9	4	1	1	-			
Wahngedanken	9	11	3	4	3	3	3	2	1	-			
Störungen der Affektivität													
ratlos	29	35	5	6	13	9	7	4	-	1			
Gef.d.Gef.losigk	17	21	3	4	3	11	3	2	-	1			
affektarm	19	23	5	6	6	10	3	4	1	-			
Störg.d.Vit.gef.	45	55	12	15	4	22	19	11	1	-			

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
deprimiert	76	93	23	28	9	28	39	20	1	2
hoffnungslos	48	59	7	9	10	16	22	4	2	1
ängstlich	44	54	19	23	14	19	11	17	1	1
innerl.unruhig	38	46	9	11	10	18	10	8	-	1
klagsam	29	35	11	13	5	15	9	7	3	1
Insuff.gefühle	39	48	14	17	7	17	15	13	1	-
Schuldgefühle	28	34	6	7	5	9	14	6	-	-
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
antriebsarm	47	57	20	24	9	22	16	17	2	1
antr.gehemmt	34	42	12	15	13	9	12	11	1	-
Circadiane Besonderheiten										
morgentl.Tief	30	37	7	9	5	18	7	5	2	-
Andere Störungen										
soz.Rückzug	45	55	15	18	10	16	19	11	4	-
Suizidalität	36	44	5	6	17	13	6	2	2	1
synthym. Wahn	17	21	1	1	8	2	7	1	-	-
beob.Depression	37	45	8	10	4	20	13	7	-	1
anh.Akt.verlust	18	22	5	6	3	10	5	4	1	-
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	50	61	10	12	14	26	10	9	1	-
Durchschlafstörg	51	62	9	11	11	23	17	8	1	-
verk.Schlafd.	36	44	8	10	8	17	11	7	1	-
Früherwachen	28	34	6	7	7	12	9	6	-	-
Müdigkeit	26	32	11	13	6	12	8	10	-	1
Appetenzstörungen										
Appetit vermind.	49	60	11	13	12	25	12	9	2	-
Sex.vermind.	28	34	13	16	5	8	15	2	6	5

TAB.1.1b.5 SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI FRAUEN
MIT ENDOGENER MONOPOLARER DEPRESSION (N=224)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung								
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung					
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3			
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen													
Konz.-störg	144	64	60	27	52	82	10	46	14	-			
Merkfähigk.störg	77	34	41	18	37	37	3	35	6	-			
Gedächtnisstörg	56	25	27	12	34	17	5	20	6	1			
Formale Denkstörungen													
gehemmt	69	31	17	8	20	28	21	13	4	1			
verlangsamt	86	38	31	14	28	37	21	24	6	1			
eingeeengt	114	51	29	13	23	58	33	18	7	4			
Grübeln	114	51	33	15	17	53	44	29	1	3			
Befürchtungen und Zwänge													
Mißtrauen	49	22	14	6	21	26	2	10	3	1			
Wahn													
Schuldwahn	25	11	3	1	7	9	9	2	1	-			
Störungen der Affektivität													
ratlos	68	30	14	6	17	22	29	8	3	3			
Gef.d.Geflosigk	62	28	12	5	16	26	20	7	3	2			
affektarm	52	23	12	5	21	25	6	7	5	-			
Störg.d.Vit.gef	155	69	50	22	19	74	62	39	8	3			
deprimiert	203	91	53	24	27	76	100	43	6	4			
hoffnungslos	143	64	23	10	27	66	50	13	8	2			
ängstlich	162	72	82	37	38	65	59	69	11	2			
innerl.unruhig	143	64	59	26	24	67	52	48	9	2			
klagsam	90	40	27	12	26	37	27	18	7	2			

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Insuff. gefühle	121	54	41	18	19	54	48	27	11	3
Schuldgefühle	82	37	17	8	19	32	31	14	1	2
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
antriebsarm	109	49	36	16	19	48	42	27	7	2
antr. gehemmt	88	39	25	11	13	36	39	19	2	4
mot. unruhig	63	28	19	8	24	28	11	16	2	1
Circadiane Besonderheiten										
morgentl. Tief	102	46	34	15	29	49	24	25	7	2
abends besser	45	20	11	5	17	23	5	7	4	-
Andere Störungen										
soz. Rückzug	140	63	39	17	36	57	47	26	11	2
Suizidalität	66	29	9	4	36	23	7	7	-	2
beob. Depression	105	47	21	9	17	50	38	15	4	2
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	152	68	42	19	36	88	28	37	4	1
Durchschlafstörg	154	69	34	15	30	75	49	25	6	3
verk. Schlafd.	107	48	27	12	23	51	33	24	2	1
Früherwachen	77	34	15	7	20	29	28	12	3	-
Müdigkeit	65	29	14	6	14	41	10	13	1	-
Appetenzstörungen										
Appetit verm.	157	70	28	13	40	79	38	20	5	3
Andere somatische Störungen										
Obstipation	58	26	20	9	22	26	10	14	5	1

DIAGNOSEGRUPPE II Depression im Rahmen einer Cyclothymie

Abb 211

Syndromwerte der Patienten
mit Depression im Rahmen der Cyclothymie

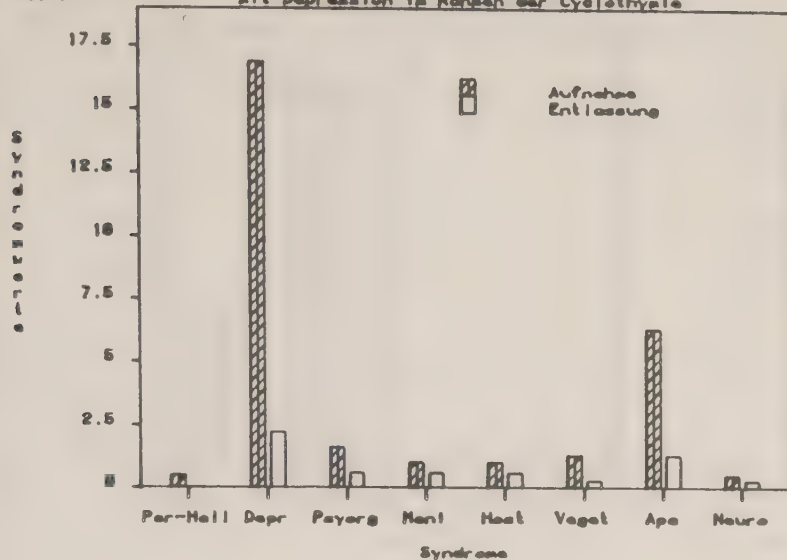


Abb 212

Syndromwerte der Männer
mit Depression im Rahmen der Cyclothymie

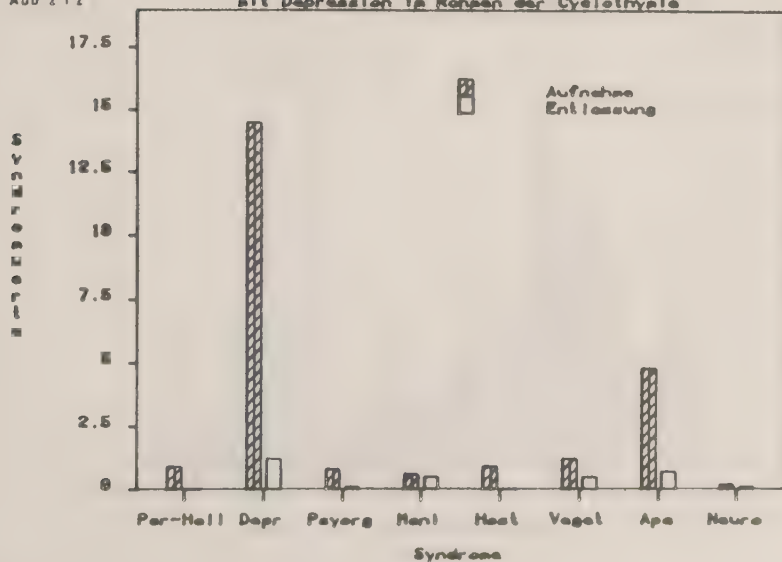


Abb 2.13

Syndromverteilung der Frauen mit Depression im Rahmen der Cyclothymie

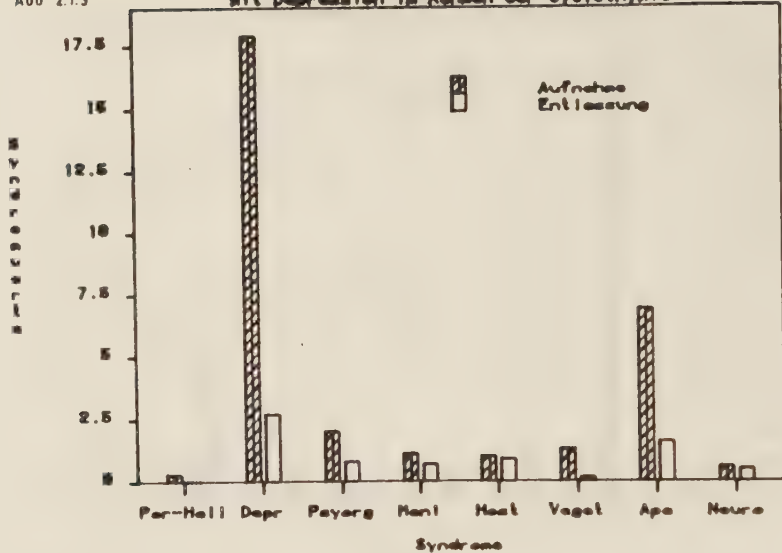


Abb 2.21

Aufenthaltsverteilung der Patienten mit Depression im Rahmen der Cyclothymie

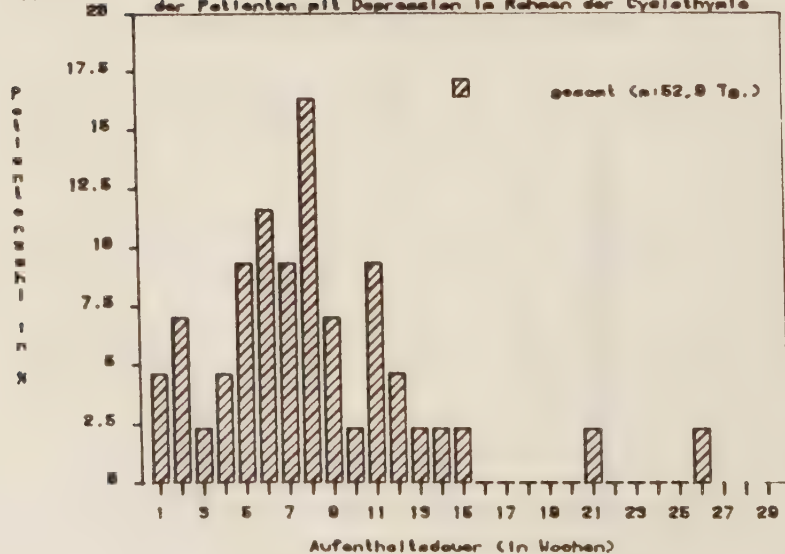


Abb 2.2.2

Aufenthaltsverteilung
der Männer mit Depression im Rahmen der Cyclothymie

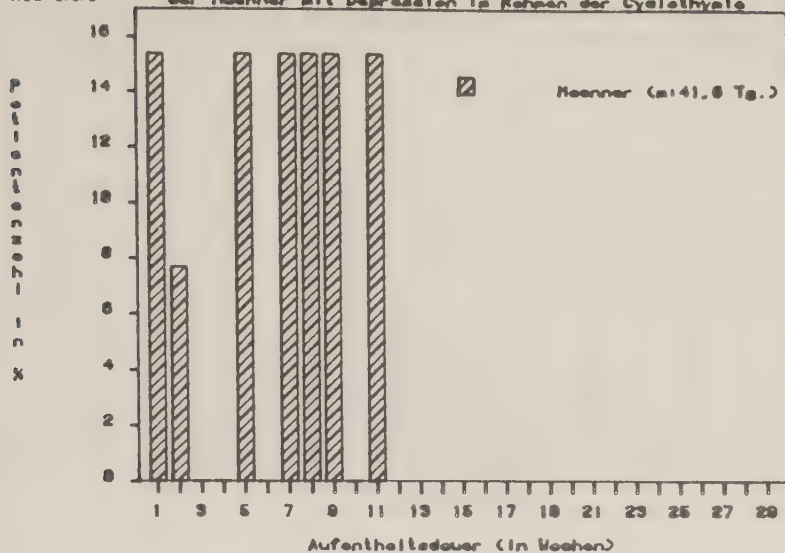


Abb 2.2.3

Aufenthaltsverteilung
der Frauen mit Depression im Rahmen der Cyclothymie

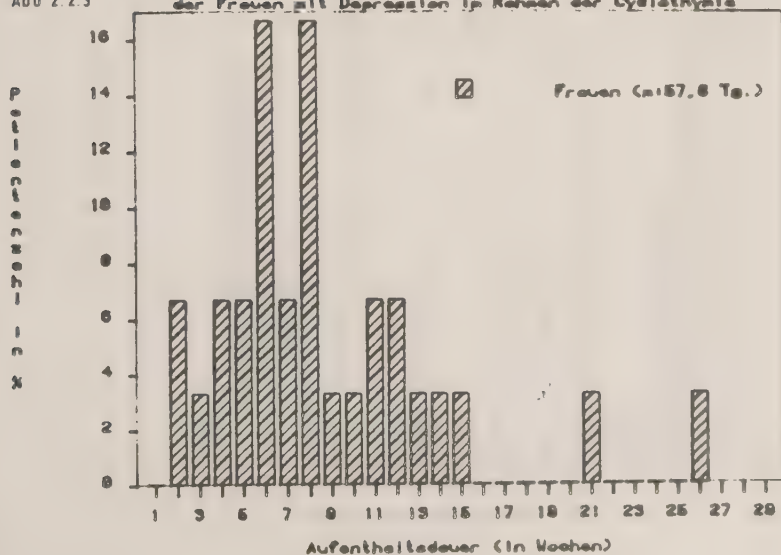


Abb 2 3 1

Alterverteilung aller Patienten mit Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie

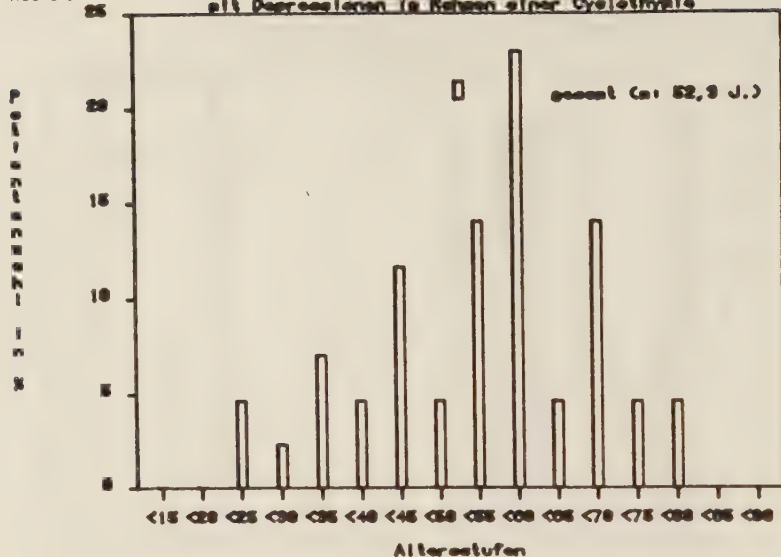


Abb 2 3 2

Alterverteilung der Männer mit Depressionen im Rahmen der Cyclothymie

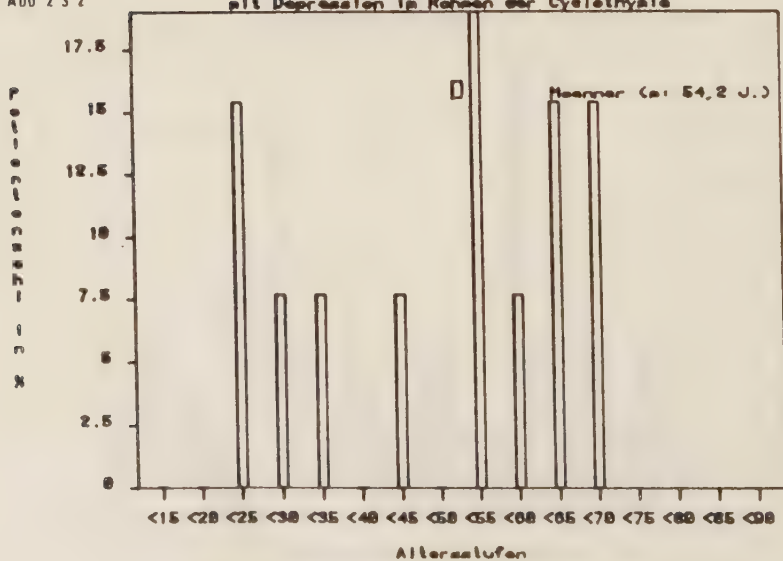


Abb 2.3.3

Alterverteilung der Frauen
mit Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie

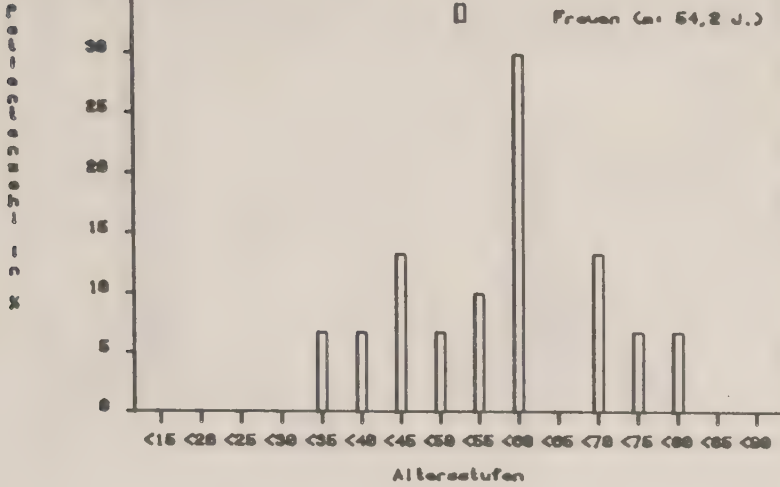


Abb 2.4.1

Global Assessment Scale - Verteilung
der Depressionen im Rahmen einer Cyclothymie

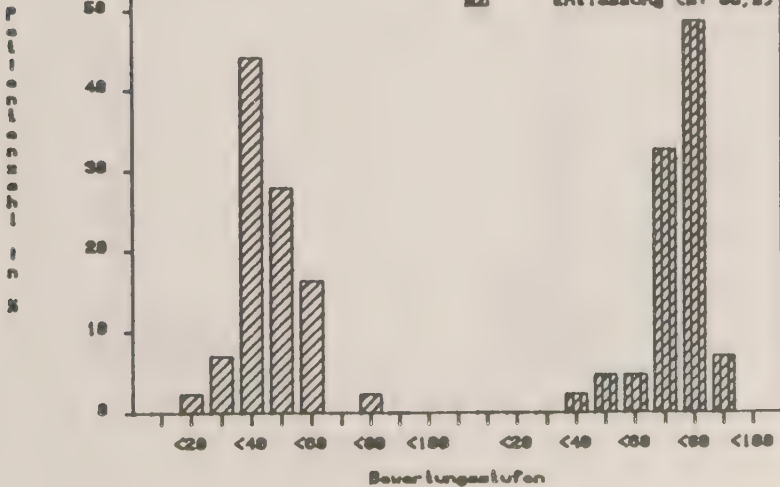


Abb 2.4.2

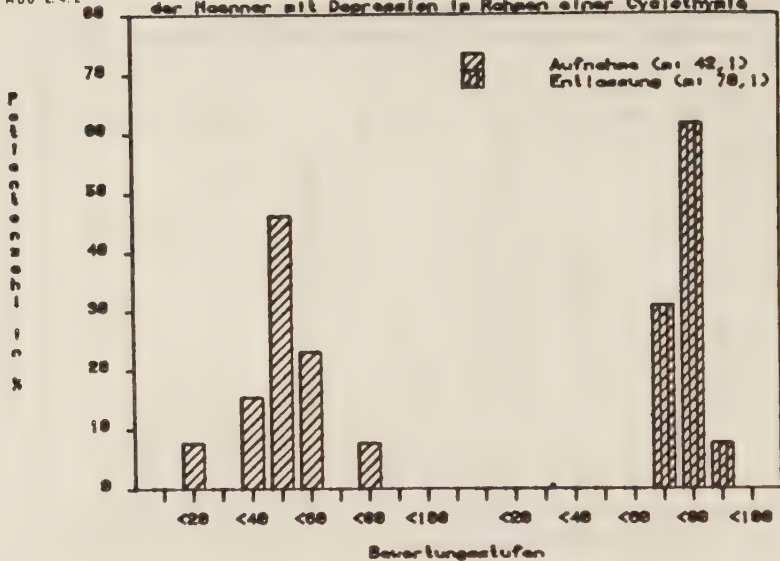
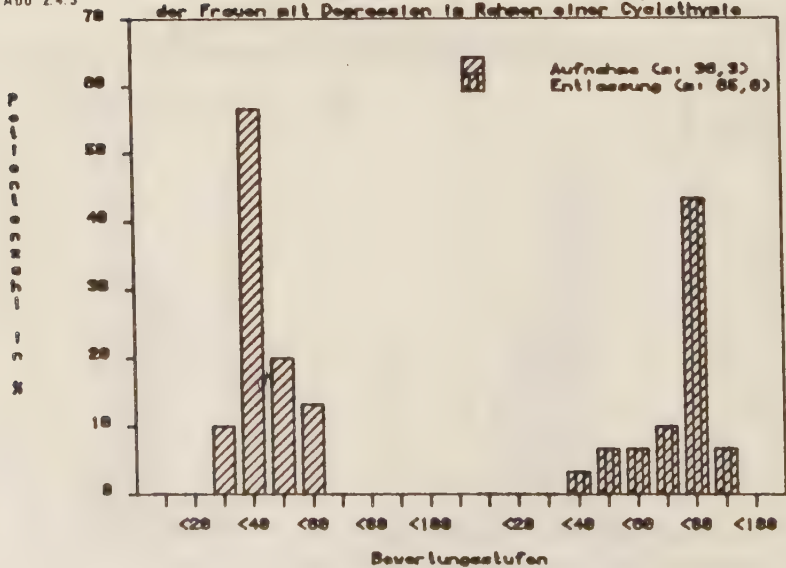
Global Assessment Scale - Verteilung
der Männer mit Depression im Rahmen einer Cyclothymie

Abb 2.4.3

Global Assessment Scale - Verteilung
der Frauen mit Depression im Rahmen einer Cyclothymie

TAB.1.2.5 SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI PATIENTEN MIT
DEPRESSION IM RAHMEN EINER CYCLOTHYMIE (N= 43)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung								
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung					
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3			
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen													
Auffassungsstörg	10	23	4	9	6	4	-	3	1	-			
Konz.-störg	30	70	12	28	11	16	3	8	4	-			
Merkf.-störg	18	42	8	19	8	6	4	6	2	-			
Gedächtn.-störg	9	21	4	9	4	3	2	3	1	-			
Formale Denkstörungen													
gehemmt	12	28	4	9	1	7	4	3	1	-			
verlangsamt	18	42	7	16	5	9	4	6	1	-			
eingengt	17	40	6	14	6	4	7	5	1	-			
Grübeln	24	56	10	23	3	11	10	8	2	-			
Störungen der Affektivität													
ratlos	19	44	5	12	3	10	6	3	2	-			
Gef.d.Geflosigk.	16	37	3	7	-	13	3	2	1	-			
affektarm	11	26	4	9	2	9	-	3	1	-			
Störg.d.Vit.gef.	28	65	8	19	4	14	10	7	-	1			
deprimiert	40	93	8	19	4	20	16	5	2	1			
hoffnungslos	27	63	6	14	3	13	11	5	1	-			
ängstlich	25	58	13	30	6	12	7	9	4	-			
innerl.unruhig	24	56	5	12	5	9	10	4	1	-			
klagsam	16	37	9	21	2	5	9	3	3	3			
Insuff.gefühle	20	47	1	2	4	8	8	1	-	-			
Schuldgefühle	14	33	3	7	4	4	6	2	-	1			

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
antr.-arm	27	63	8	19	2	16	9	5	3	-
antr.-gehemmt	19	44	7	16	3	8	8	6	-	1
mot.unruhig	13	30	5	12	6	4	3	4	1	-
Circadiane Besonderheiten										
morgentl.Tief	20	47	4	9	6	7	7	2	1	1
Andere Störungen										
soz.Rückzug	30	70	9	21	3	18	9	6	3	-
Suizidalität	17	40	1	2	10	4	3	1	-	-
beob.Depression	21	49	4	9	2	11	8	3	1	-
anh.Akt.verlust	12	28	3	7	2	9	1	2	1	-
beob.Verlangsamg	10	23	4	9	4	5	1	3	1	-
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	31	72	6	14	2	15	14	2	3	1
Durchschlafstörg	33	77	10	23	3	15	15	9	1	-
verk.Schlafd.	24	56	4	9	-	13	11	4	-	-
Früherwachen	25	58	5	12	2	12	11	5	-	-
Müdigkeit	16	37	2	5	1	11	4	1	1	-
Appetenzstörungen										
Appetit verm.	31	72	7	16	7	14	10	6	1	-
Sex. vermindert	11	26	6	14	3	3	5	2	1	3
Andere somatische Störungen										
Obstipation	12	28	6	14	3	4	5	3	3	-

DIAGNOSENGRUPPE III : endogene Manie

Abb 31.1

Syndromwerte der Patienten
mit endogener Manie

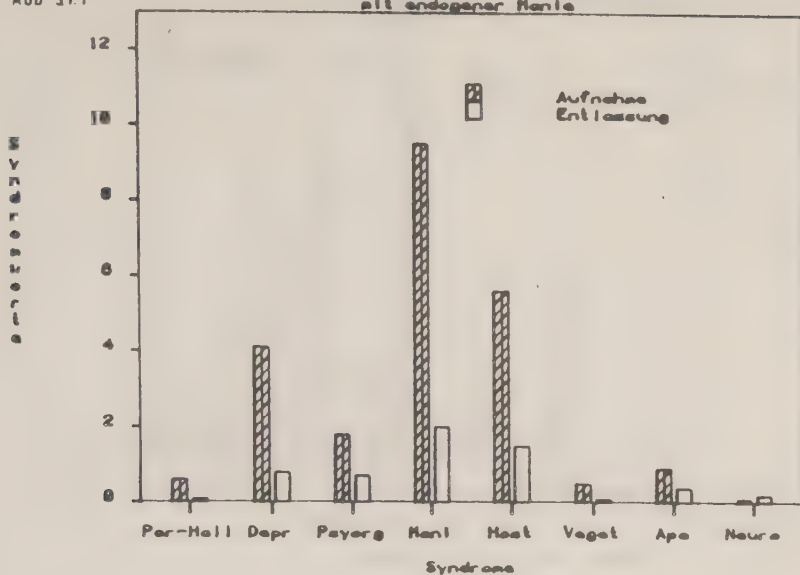


Abb 31.2

Syndromwerte der Männer
mit endogener Manie

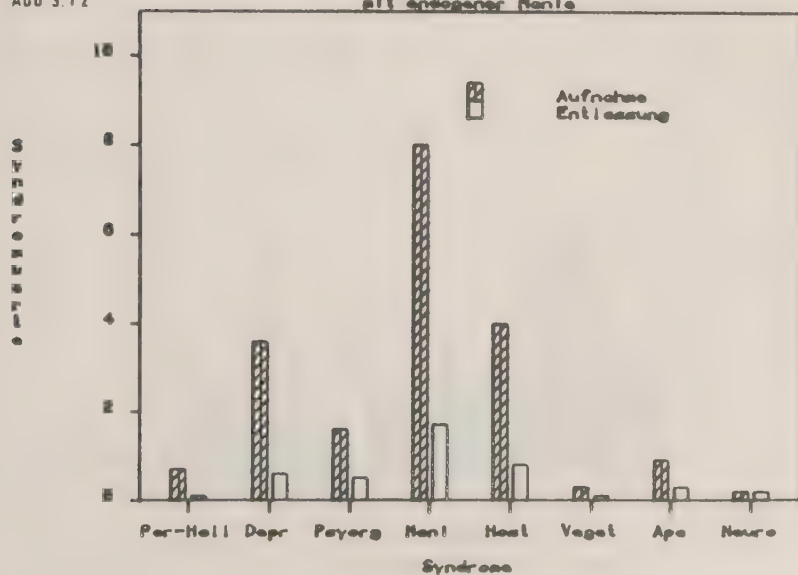


Abb 3.1.3

Syndromwerte der Frauen
mit endogener Menie

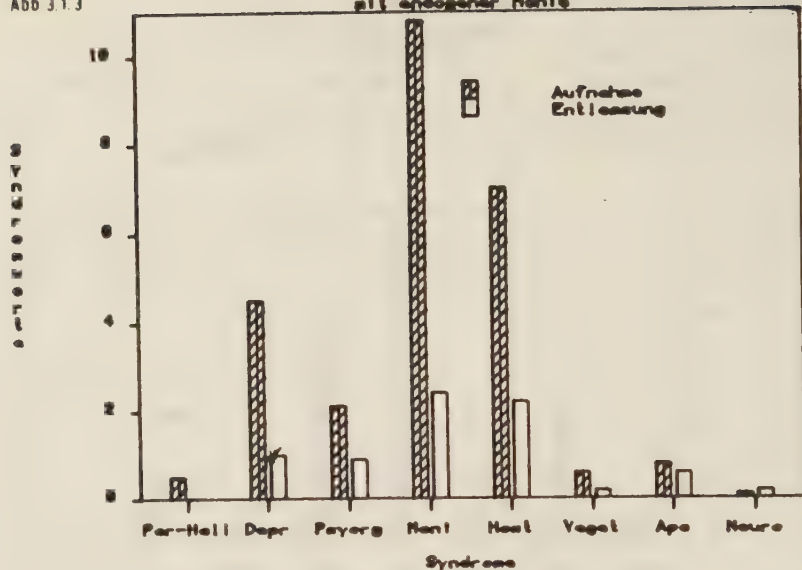


Abb 3.2.1

Aufenthaltsverteilung
der endogenen Menien

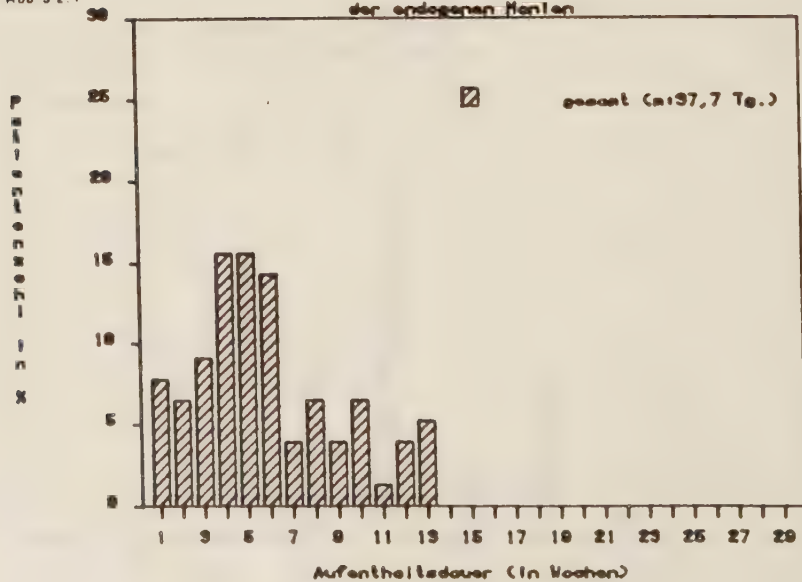


Abb 3.2.2

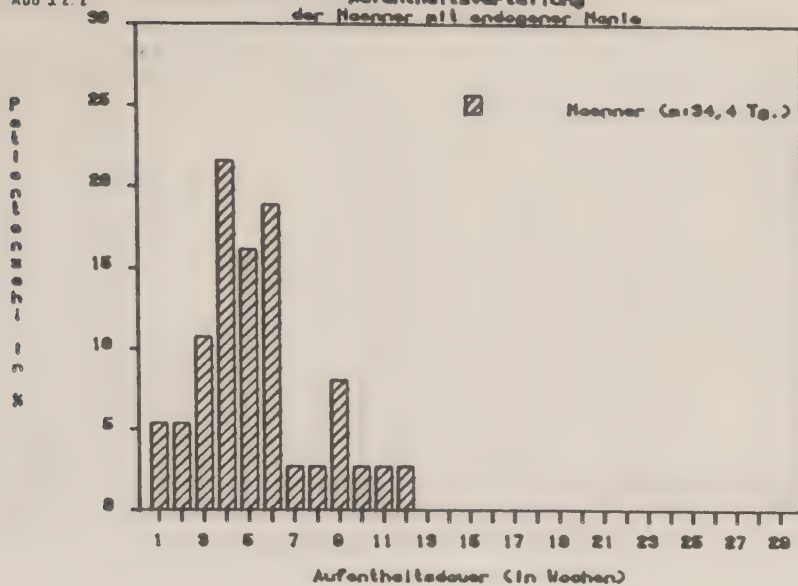
Aufenthaltsverteilung
der Männer mit endogener Manie

Abb 3.2.3

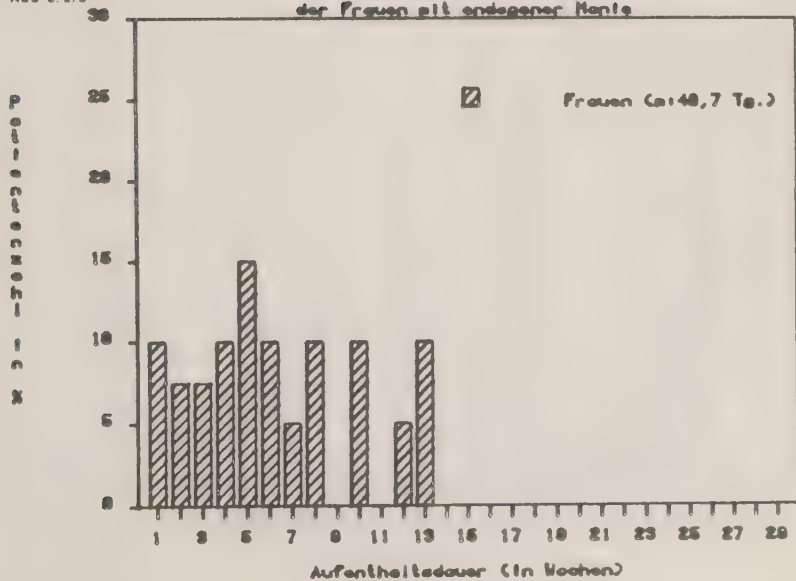
Aufenthaltsverteilung
der Frauen mit endogener Manie

Abb 331

Altersverteilung aller Patienten mit endogenen Manien

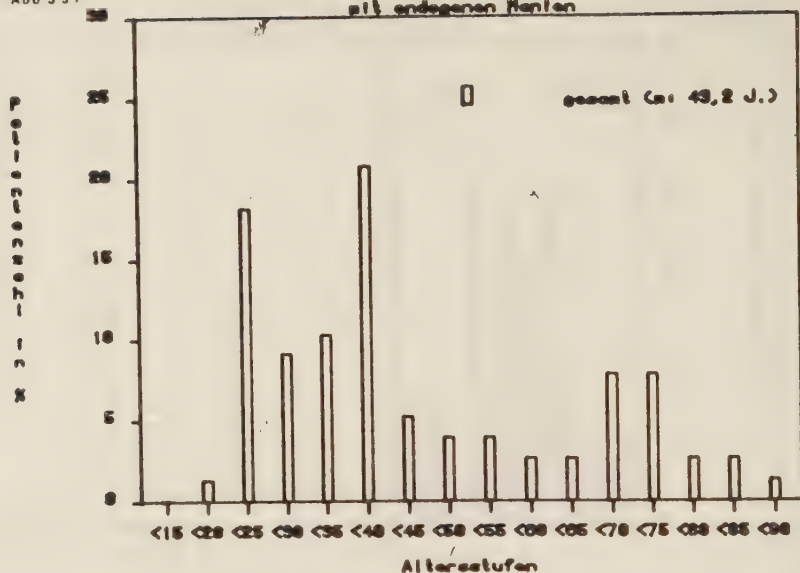


Abb 332

Altersverteilung der Männer mit endogenen Manien

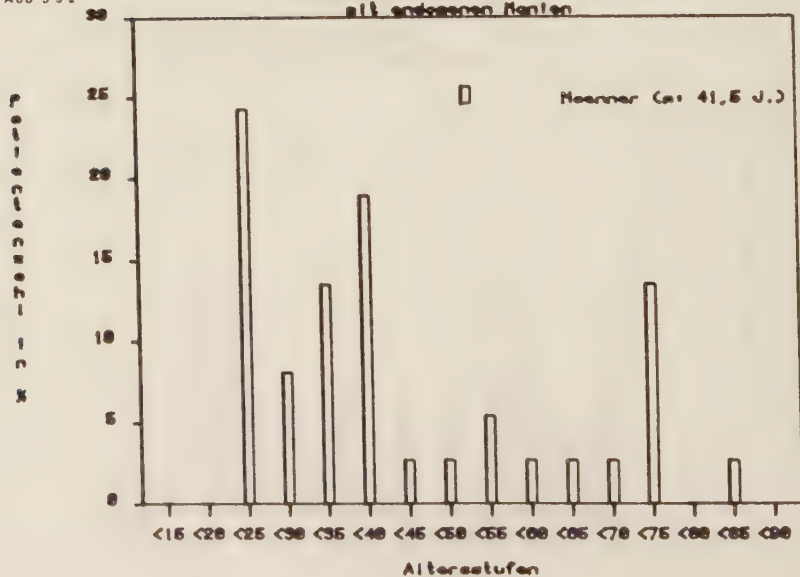


Abb 3.3.3

Altersverteilung der Frauen mit endogenen Manien

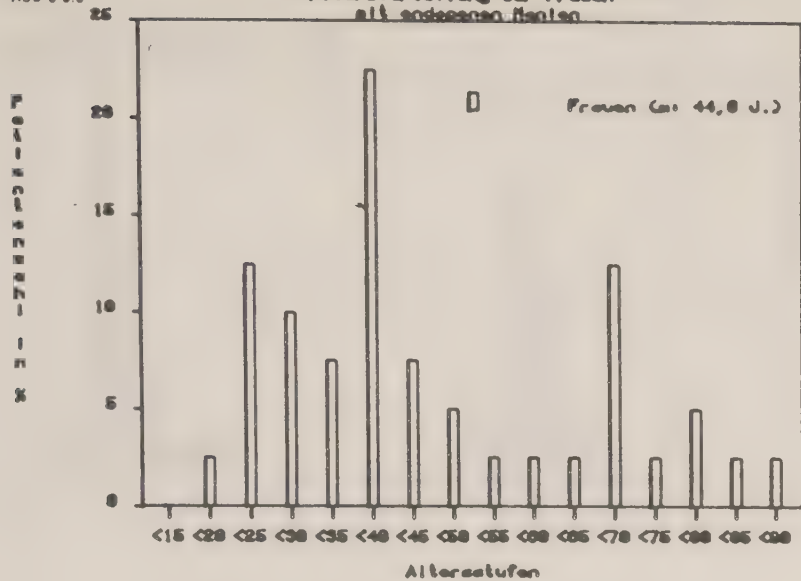


Abb 3.4.1

Siebel Assessment Scale - Verteilung der endogenen Manien

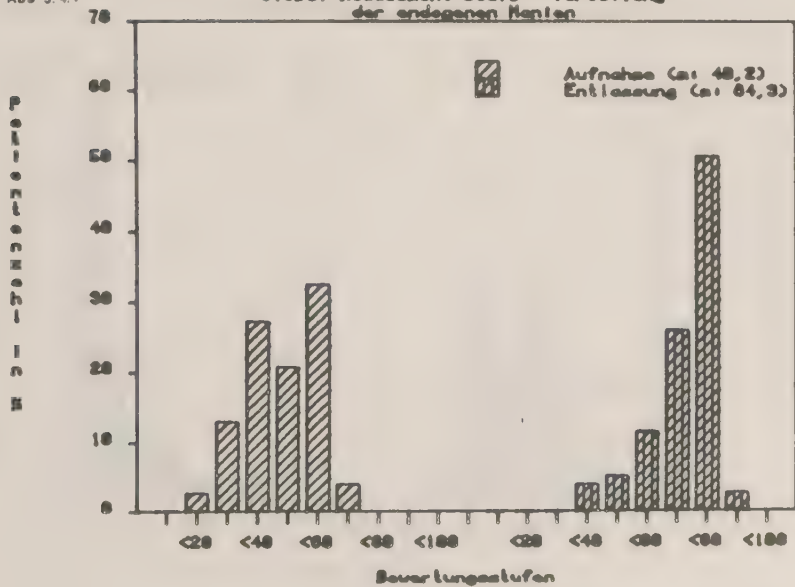


Abb 3.4.2

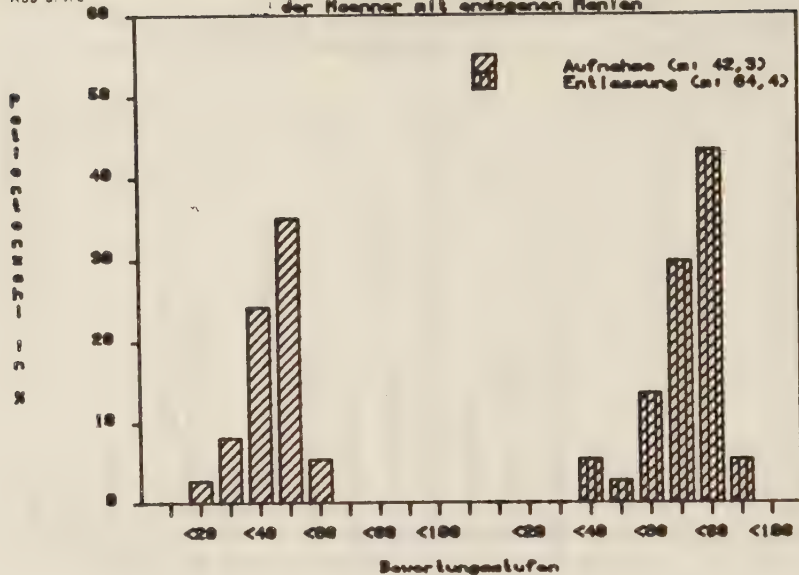
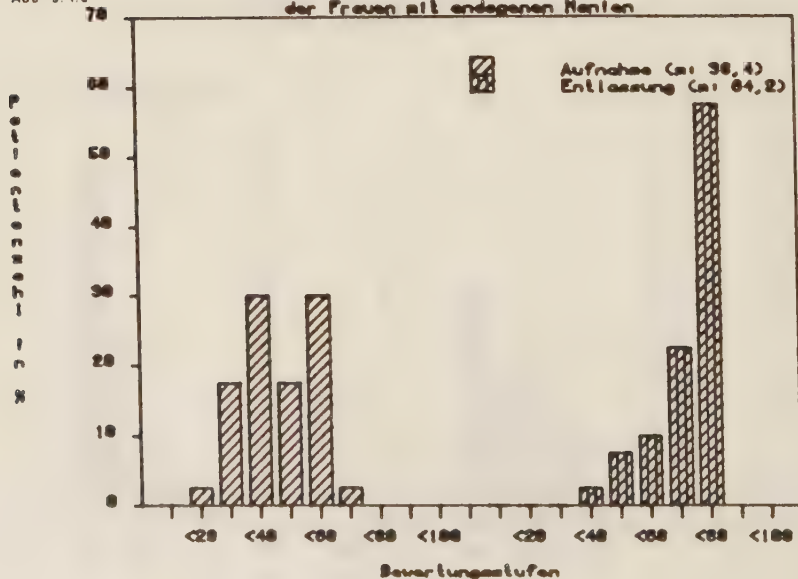
Global Assessment Scale - Verteilung
der Männer mit endogenen Manien

Abb 3.4.3

Global Assessment Scale - Verteilung
der Frauen mit endogenen Manien

TAB.1.3.5

SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI
PATIENTEN MIT ENDOGENER MANIE (N=77)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen										
Auffassgsstörg	20	26	6	8	9	9	2	5	1	-
Konz.-störg	52	68	25	33	13	24	15	17	6	2
Merkfähigk.störg	28	36	14	18	11	13	4	10	1	3
Gedächtn.-störg	17	22	10	13	7	8	2	6	3	1
Formale Denkstörungen										
Gedankendrängen	21	27	5	7	5	10	6	3	2	-
ideenflüchtig	54	70	15	20	10	20	24	10	5	-
Vorbeireden	22	29	6	8	11	8	3	5	1	-
inkohärent	17	22	4	5	7	7	3	4	-	-
Störungen der Affektivität										
euphorisch	57	74	24	31	17	26	14	22	2	-
dysphorisch	35	46	9	12	8	18	9	3	3	3
gereizt	48	62	14	18	16	22	10	8	4	2
innerl.unruhig	40	52	23	30	11	16	13	19	3	1
gest.Selbstwert	38	49	12	16	10	16	12	10	2	-
affektlabil	23	30	11	14	8	12	3	7	4	-
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
antr.-gesteig.	67	87	26	34	8	32	27	18	6	-
mot.unruhig	44	57	17	22	9	24	11	13	4	-
logorrhöisch	45	58	19	25	7	16	22	12	6	1

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Andere Störungen										
soz.Umtriebigk.	36	47	16	21	11	15	10	13	3	-
Aggressivität	34	44	5	7	17	14	3	3	2	-
Mangel a.K.-gef.	39	51	14	18	7	20	12	6	4	4
Mang. a.Kr.-eins.	41	53	16	21	8	24	9	8	4	4
Abl.d.Behandlg.	16	21	7	9	7	6	3	3	2	2
vertraul.Distanz	23	30	4	5	10	8	5	3	1	-
geh.Stimmslage	26	34	8	10	7	11	8	5	3	-
Agitiertheit	18	23	4	5	8	6	4	2	2	-
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	42	55	8	10	14	17	11	6	2	-
Durchschlafstörg	47	61	13	17	6	28	13	10	3	-
verk.Schlafdauer	47	61	9	12	7	24	16	7	2	-

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Andere Störungen										
soz.Umtriebigk.	36	47	16	21	11	15	10	13	3	-
Aggressivität	34	44	5	7	17	14	3	3	2	-
Mangel a.K.-gef.	39	51	14	18	7	20	12	6	4	4
Mang. a.Kr.-eins.	41	53	16	21	8	24	9	8	4	4
Abl.d.Behandlg.	16	21	7	9	7	6	3	3	2	2
vertraul.Distanz	23	30	4	5	10	8	5	3	1	-
geh.Stimmgslage	26	34	8	10	7	11	8	5	3	-
Agitiertheit	18	23	4	5	8	6	4	2	2	-
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	42	55	8	10	14	17	11	6	2	-
Durchschlafstörg	47	61	13	17	6	28	13	10	3	-
verk.Schlafdauer	47	61	9	12	7	24	16	7	2	-

Abb 4.1

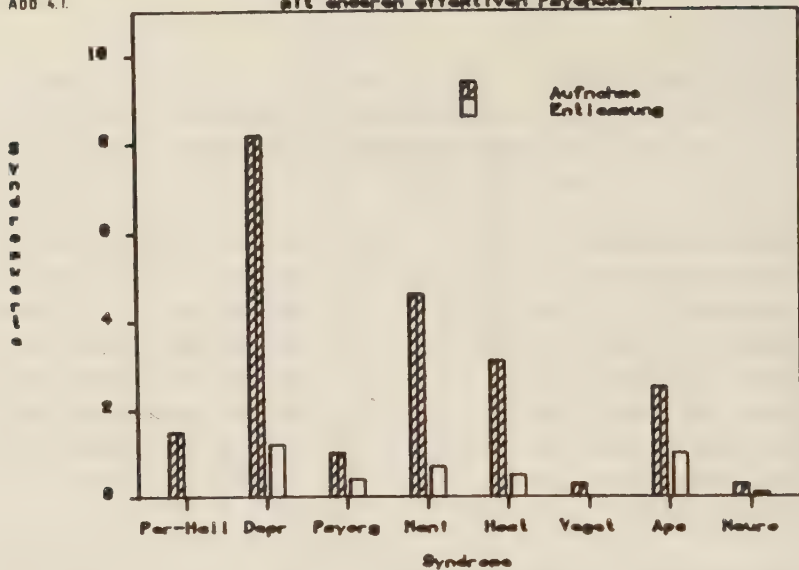


Abb 4.2

Aufenthaltsverteilung
der anderen effektiven Psychosen

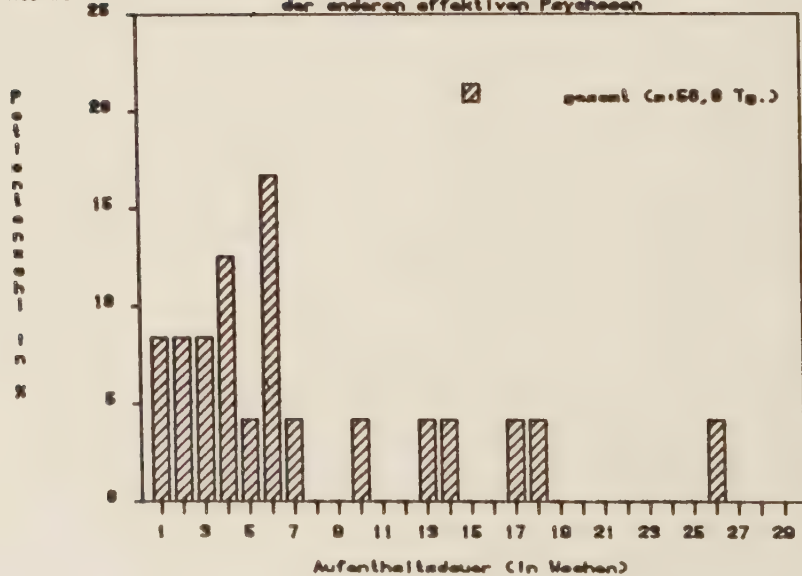


Abb 4.3

Altersverteilung aller Patienten
mit anderen effektiven Psychosen

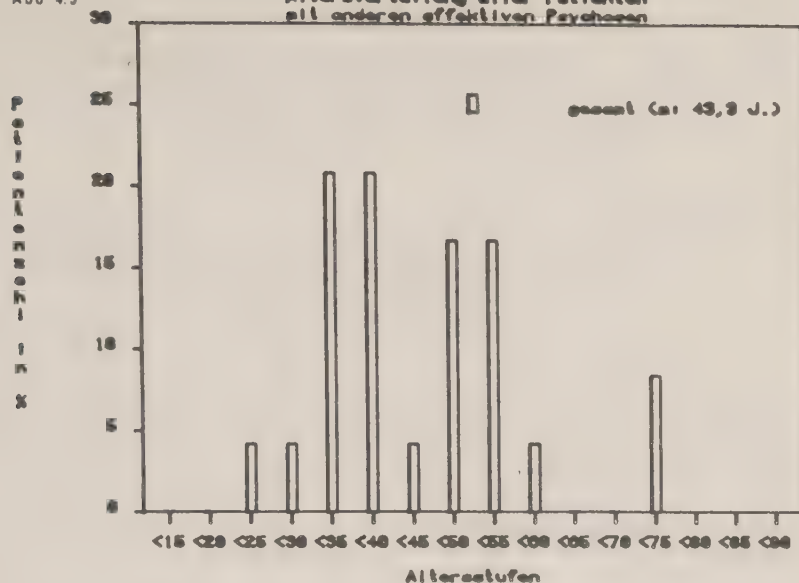
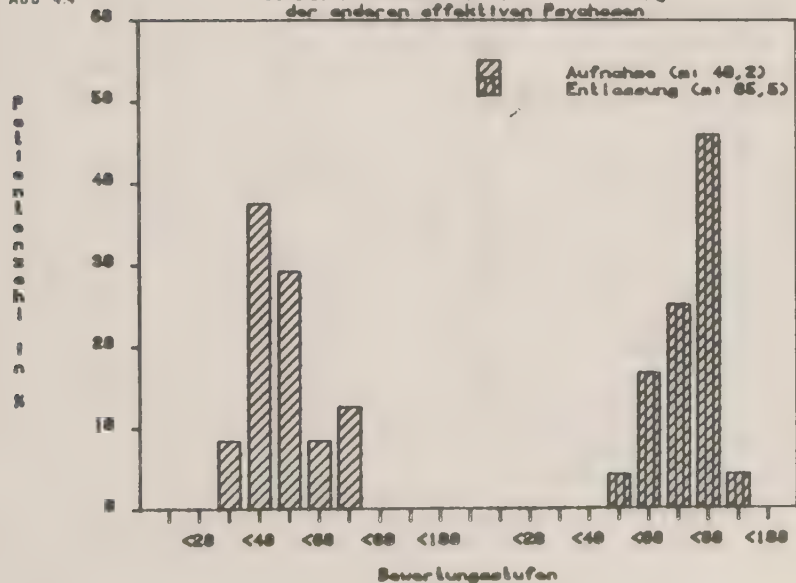


Abb 4.4

Global Assessment Scale - Verteilung
der anderen effektiven Psychosen



TAB.1.4.5

 SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI PATIENTEN
 MIT ANDEREN AFFEKTIVEN PSYCHOSEN (N=24)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen										
Konz.-störg	15	63	5	21	7	7	1	5	-	-
Merkfähigk.-störg	10	42	5	21	6	2	2	4	1	-
Formale Denkstörungen										
verlangsamt	5	21	2	8	2	3	-	2	-	-
eingeengt	9	38	4	17	3	4	2	2	1	1
Grübeln	7	29	2	8	2	5	-	1	1	-
Gedankendrängen	5	21	-	-	3	1	1	-	-	-
ideenflüchtig	7	29	1	4	2	3	2	1	-	-
Befürchtungen und Zwänge										
Mißtrauen	5	21	-	-	4	1	-	-	-	-
Störungen der Affektivität										
ratlos	5	21	-	-	3	1	1	-	-	-
Störg.d. vit.gef.	7	29	2	8	1	4	2	2	-	-
deprimiert	13	54	4	17	4	5	4	3	-	1
hoffnungslos	6	25	1	4	2	1	3	-	-	1
ängstlich	8	33	1	4	8	-	-	1	-	-
euphorisch	8	33	6	25	2	3	3	6	-	-
dysphorisch	7	29	-	-	4	2	1	-	-	-
gereizt	8	33	1	4	1	3	4	1	-	-
innerl.unruhig	13	54	2	8	8	4	1	2	-	-
Insuff.-gefühle	10	42	5	21	3	3	4	4	1	-
gesteig.Selbstw.	5	21	1	4	2	2	1	1	-	-
Schuldgefühle	6	25	1	4	1	2	3	1	-	-

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
ambivalent	5	21	1	4	3	1	1	1	-	-
affektlabil	6	25	1	4	4	1	1	1	-	-
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
antriebsarm	6	25	1	4	3	3	-	1	-	-
antr.-gehemmt	7	29	2	8	2	5	-	2	-	-
antr.-gesteigert	12	50	4	17	5	3	4	3	1	-
mot.unruhig	11	46	1	4	5	2	4	1	-	-
theatralisch	5	21	3	13	2	1	2	2	1	-
logorrhöisch	8	33	2	8	2	2	4	2	-	-
Andere Störungen										
soz.Rückzug	5	21	2	8	1	3	1	-	1	1
soz.Umtriebigk.	6	25	1	4	4	2	-	1	-	-
Aggressivität	6	25	1	4	2	2	2	1	-	-
Mang.a.Kr.gefühl	6	25	2	8	3	1	2	1	1	-
Mang.a.Kr.eins.	7	29	4	17	4	2	1	3	-	1
beob.Depression	6	25	2	8	3	3	-	2	-	-
beob.Ablenkbar.	5	21	-	-	1	4	-	-	-	-
Agitiertheit	5	21	1	4	1	3	1	1	-	-
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	13	54	1	4	6	3	4	1	-	-
Durchschlafstörg	14	58	3	13	6	6	2	3	-	-
verk.Schlafd.	12	50	1	4	3	7	2	1	-	-
Früherwachen	5	21	2	8	-	4	1	1	1	-
Appetenzstörungen										
Appetit vermind.	8	33	-	-	2	5	1	-	-	-

DIAGNOSENGRUPPE V. andere nichtorganische Psychosen

Abb 5.1

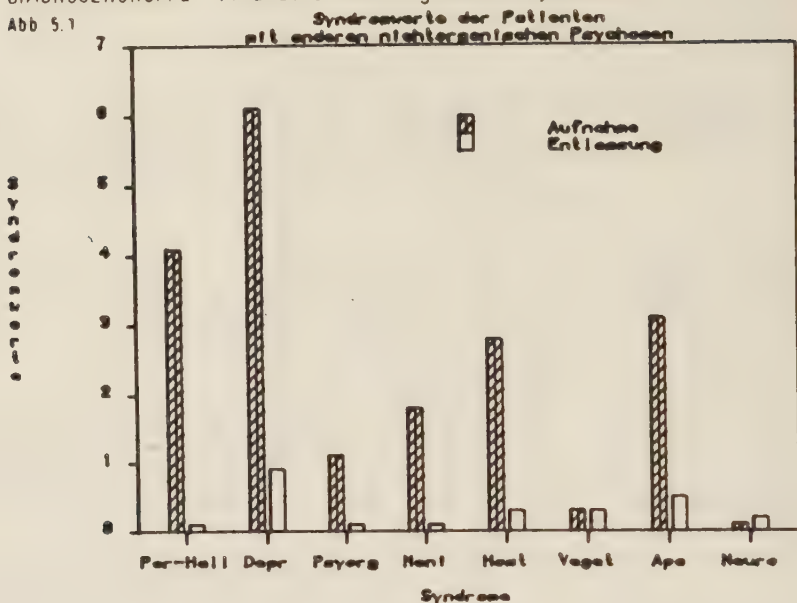


Abb 5.2

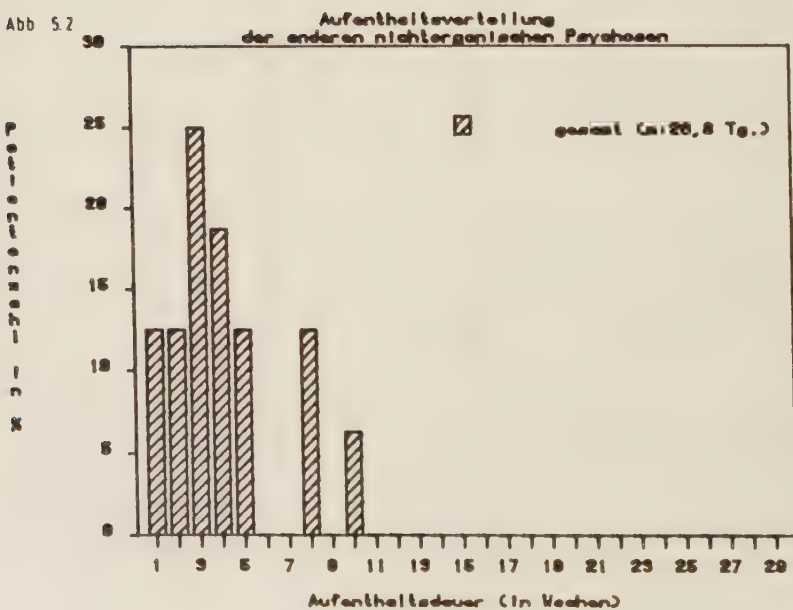


Abb 5.3

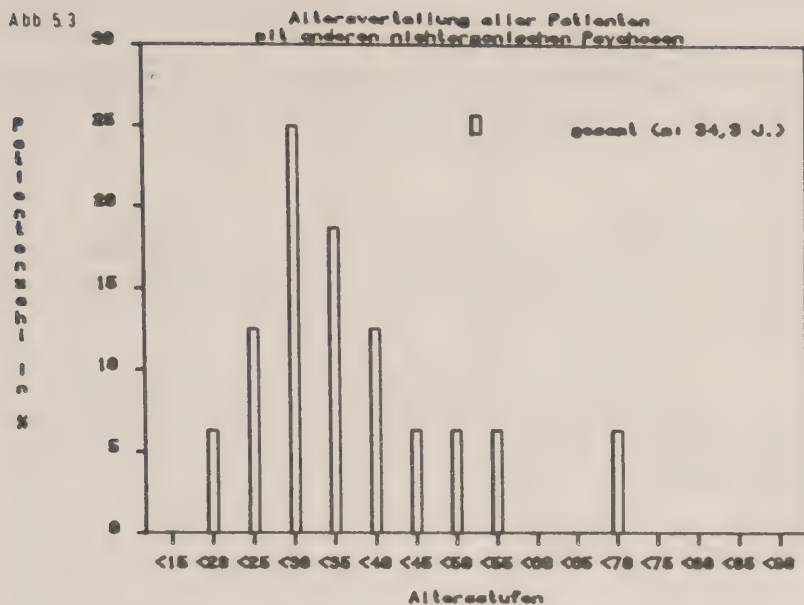
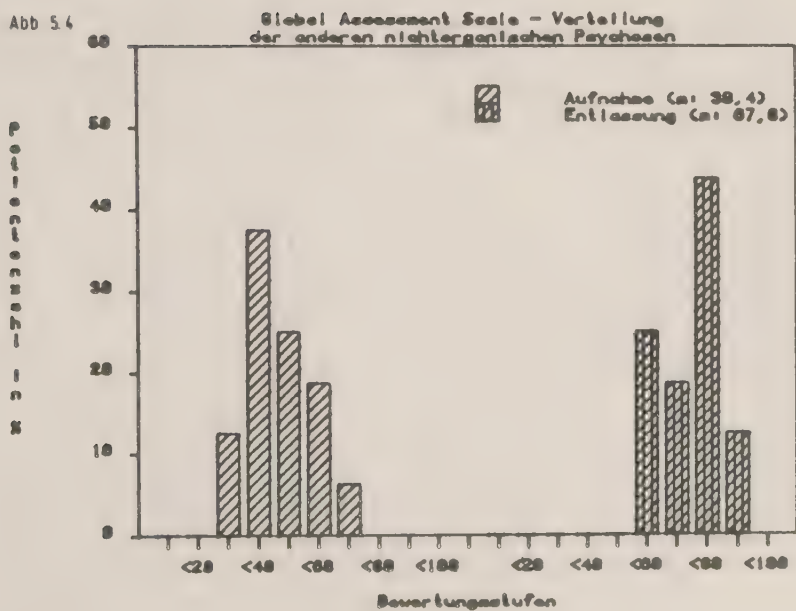


Abb 5.4



TAB.1.5.5 SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI PATIENTEN
MIT ANDEREN NICHTORGANISCHEN PSYCHOSEN (N=16)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen										
Auffassgsstörg	5	31	1	6	3	2	-	1	-	-
Konz.-störg	6	38	4	25	3	3	-	4	-	-
Formale Denkstörungen										
verlangsamt	5	31	2	13	3	2	-	2	-	-
umständlich	4	25	1	6	2	2	-	1	-	-
eingeengt	5	31	1	6	2	3	-	1	-	-
Grübeln	5	31	2	13	1	4	-	2	-	-
Vorbeireden	5	31	-	-	2	2	1	-	-	-
gesperrt	4	25	-	-	3	1	-	-	-	-
inkohärent	5	31	-	-	2	2	1	-	-	-
Befürchtungen und Zwänge										
Mißtrauen	7	44	2	13	3	2	2	2	-	-
Wahn										
Wahnstimmung	6	38	-	-	1	2	3	-	-	-
Wahngedanken	5	31	1	6	1	3	1	-	-	-
Wahndynamik	4	25	1	6	-	3	1	1	-	-
Beziehungswahn	5	31	-	-	3	2	-	-	-	-
Verfolgswahn	7	44	-	-	3	3	1	-	-	-
Störungen der Affektivität										
ratlos	5	31	-	-	1	3	1	-	-	-
deprimiert	13	81	2	13	5	7	1	2	-	-
ängstlich	12	75	4	25	4	1	7	4	-	-

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
innerl.unruhig	10	63	3	19	2	7	1	3	-	-
Insuff.-gefühle	5	31	1	6	4	1	-	1	-	-
Schuldgefühle	7	44	3	19	3	2	2	3	-	-
Parathymie	4	25	-	-	3	1	-	-	-	-
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
mot.unruhig	5	31	-	-	2	2	1	-	-	-
logorrhöisch	5	31	-	-	3	1	1	-	-	-
Andere Störungen										
soz.Rückzug	9	56	2	13	3	5	1	2	-	-
Suizidalität	4	25	-	-	4	-	-	-	-	-
Mangel a.Kr.gef.	5	31	1	6	2	2	1	1	-	-
Mangel a.Kr.eins.	6	38	2	13	1	4	1	2	-	-
beob.Depression	4	25	1	6	2	2	-	1	-	-
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	9	56	3	19	3	4	2	1	-	2
Durchschlafstörg	6	38	2	13	3	2	1	1	1	-
verk.Schlafd.	8	50	2	13	2	3	3	2	-	-

DIAGNOSENGRUPPE VI: akute organische Psychosen

Abb G.1.1

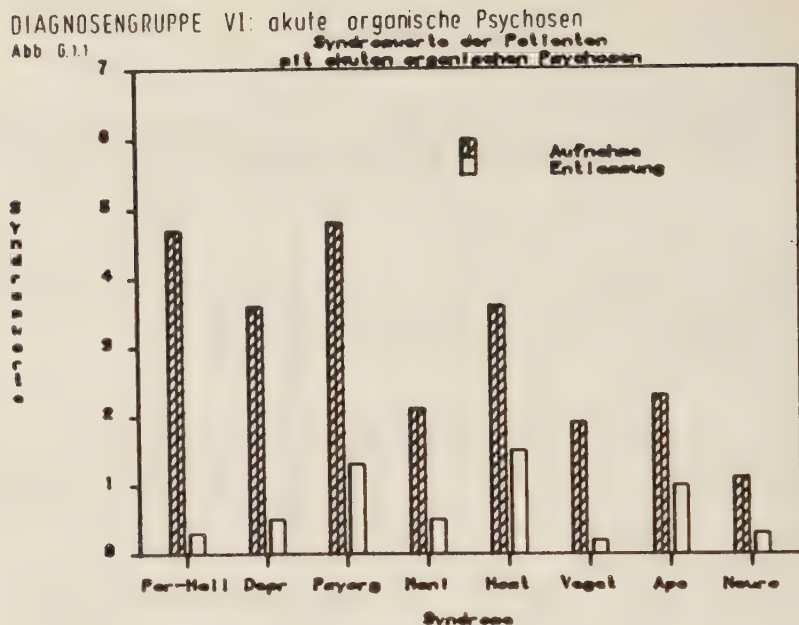


Abb G.1.2

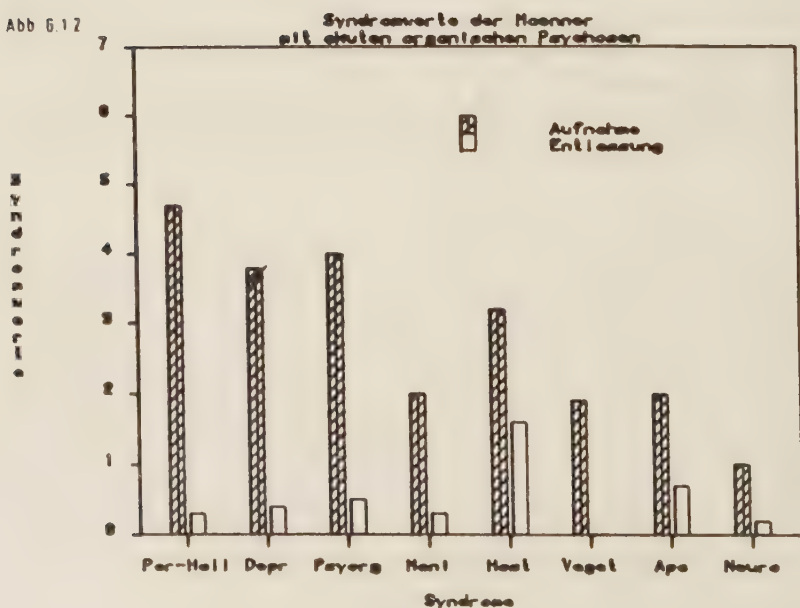


Abb 6.1.3

Syndromwerte der Frauen mit akuten organischen Psychosen

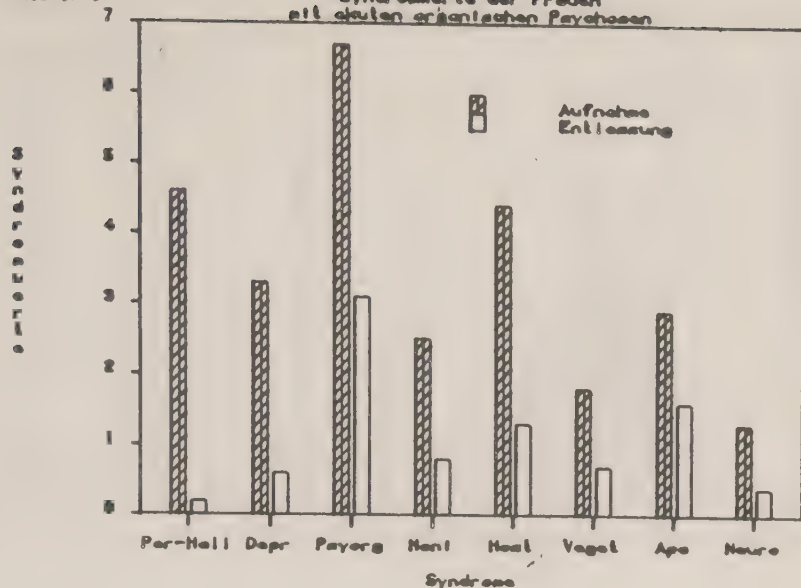


Abb 6.2.1

Aufenthaltsverteilung der akuten organischen Psychosen

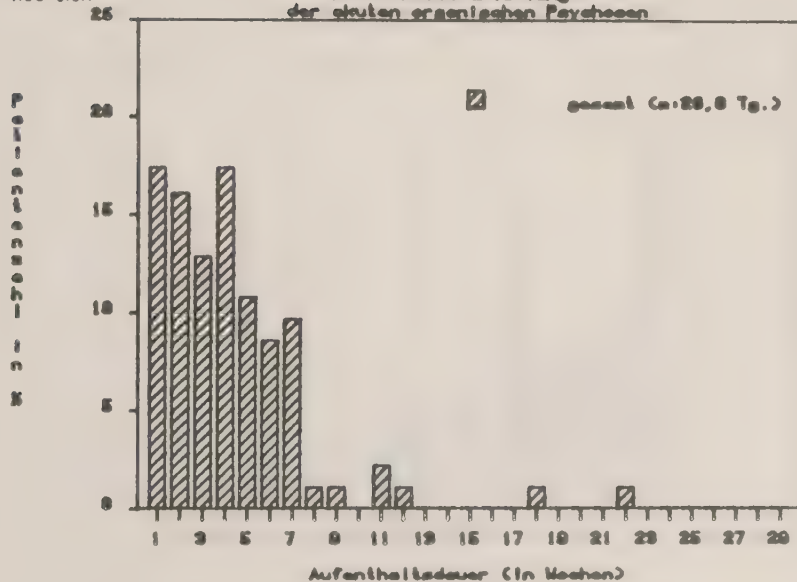


Abb 6.2.2

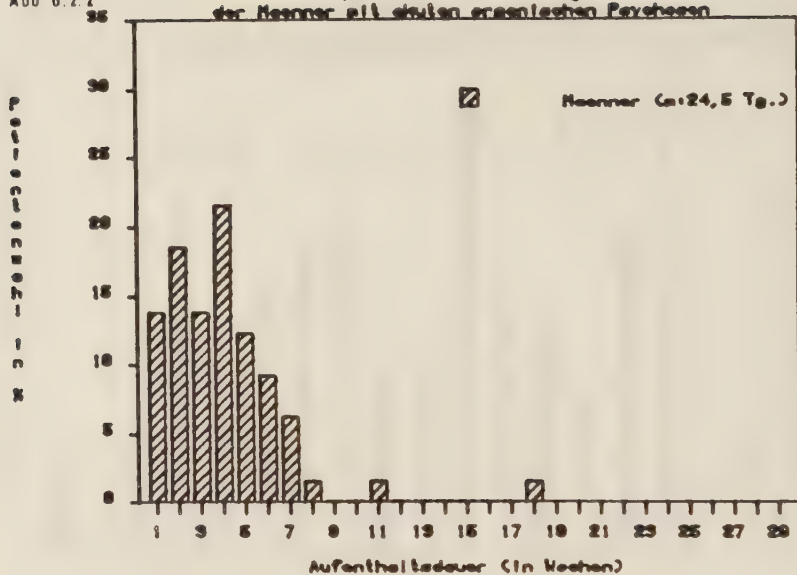
Aufenthaltsverteilung
der Männer mit akuten organischen Psychosen

Abb 6.2.3

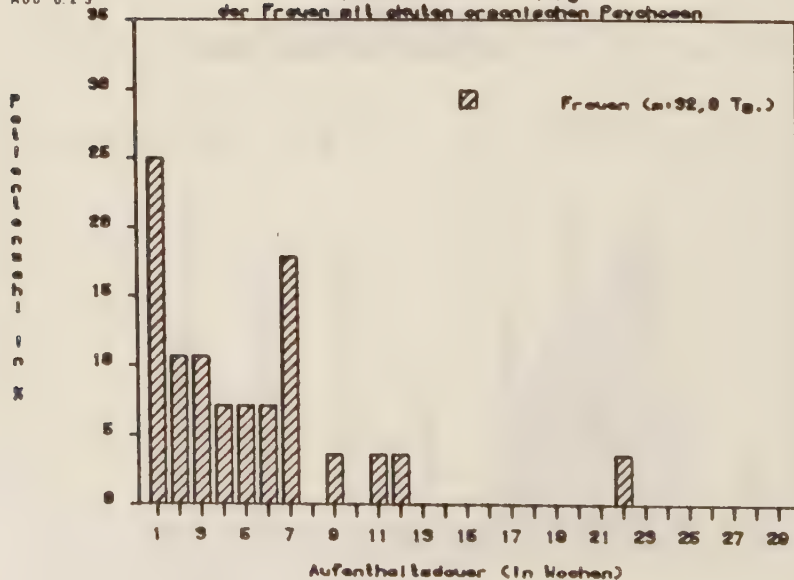
Aufenthaltsverteilung
der Frauen mit akuten organischen Psychosen

Abb 6.3.1

Altersverteilung aller Patienten mit akuten organischen Psychosen

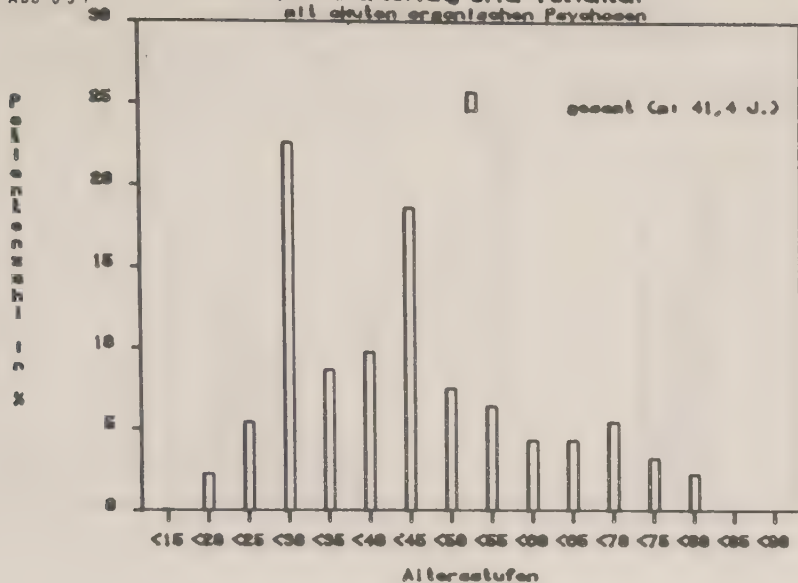


Abb 6.3.2

Altersverteilung der Männer mit akuten organischen Psychosen

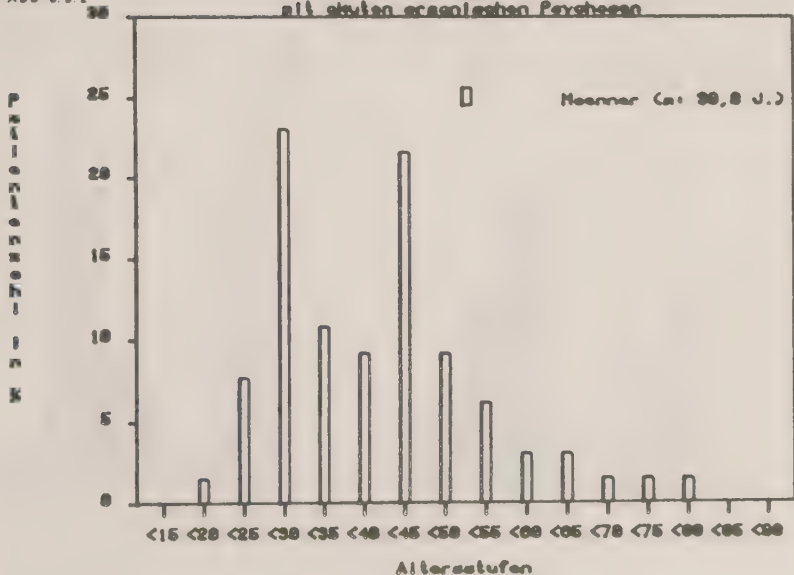


Abb 6.3.3

Altersverteilung der Frauen mit akuten organischen Psychosen

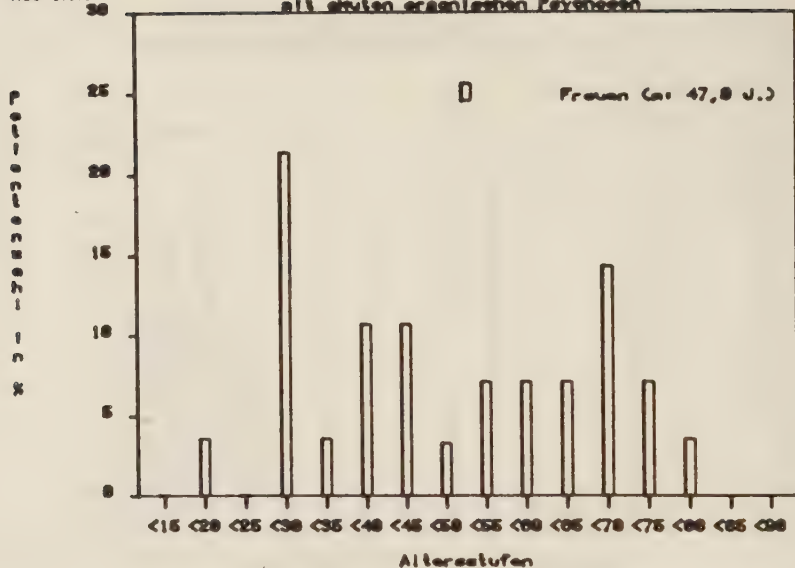


Abb 6.4.1

Siebel Assessment Scale - Verteilung der akuten organischen Psychosen

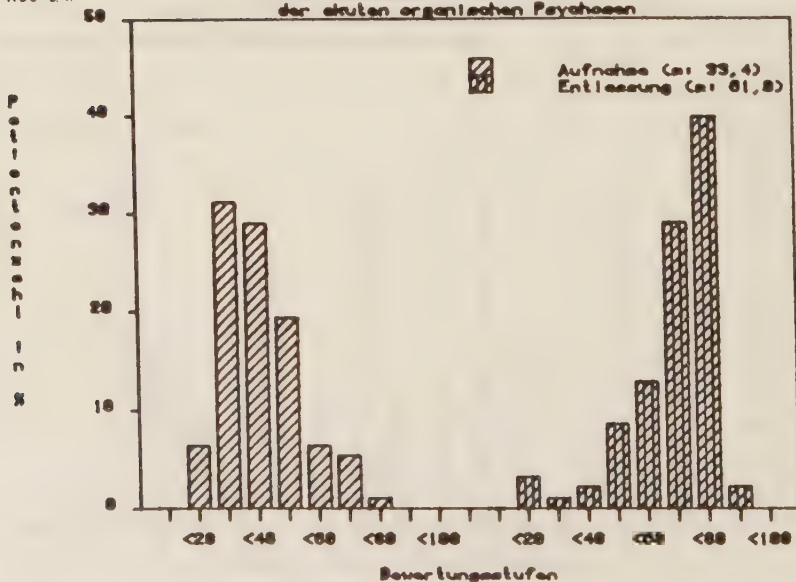


Abb 642

Global Assessment Scale - Verteilung
der Männer mit akuten organischen Psychosen

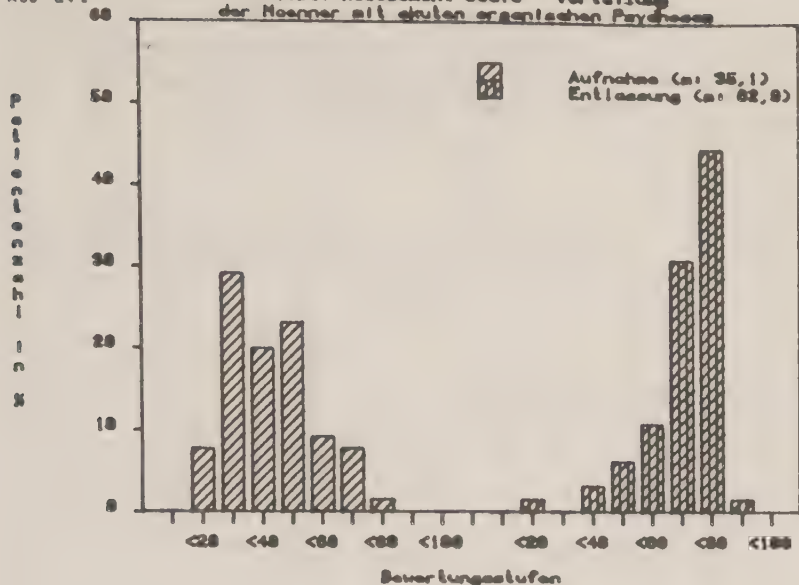
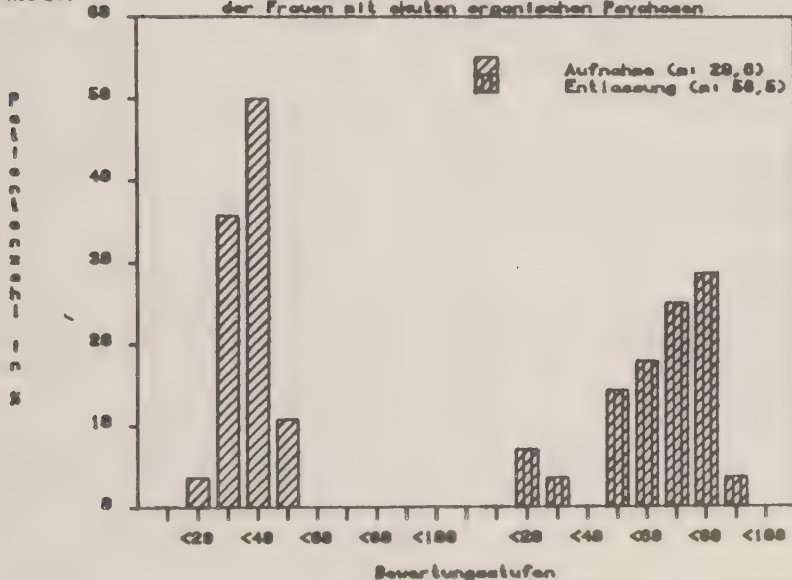


Abb 643

Global Assessment Scale - Verteilung
der Frauen mit akuten organischen Psychosen



TAB.1.6.5

SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI PATIENTEN
MIT AKUTEN ORGANISCHEN PSYCHOSEN (N= 93)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Orientierungsstörungen										
zeitlich	36	39	3	3	18	8	10	1	1	1
örtlich	27	29	3	3	13	7	7	-	1	2
situativ	28	30	3	3	10	11	7	-	2	1
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen										
Auffassgsstörg	35	38	10	11	12	15	8	7	1	2
Konz.-störg	55	59	25	27	17	26	12	20	3	2
Merkf.-störg	40	43	21	23	12	20	8	13	4	4
Gedächtn.-störg	36	39	16	17	16	11	9	11	2	3
Formale Denkstörungen										
verlangsamt	21	23	9	10	6	2	1	5	3	1
umständlich	23	25	11	12	10	12	1	7	3	1
eingengt	21	23	9	10	8	8	5	7	1	1
Befürchtungen und Zwänge										
Mißtrauen	25	27	7	8	8	11	6	5	1	1
Wahn										
Wahnstimmung	25	27	2	2	5	14	6	2	-	-
Wahnwahrnehmung	19	20	-	-	4	11	4	-	-	-
Wahngedanken	28	30	2	2	6	13	9	1	1	-
Wahndynamik	21	23	-	-	6	13	2	-	-	-
Verfolgswahn	35	38	4	4	5	21	9	3	1	-

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Sinnestäuschungen										
Stimmenhören	37	40	6	6	8	14	15	5	-	1
optische Halluz.	32	34	2	2	2	17	13	1	1	-
Störungen der Affektivität										
ratlos	28	30	4	4	8	12	8	4	-	-
deprimiert	26	28	9	10	14	11	1	6	3	-
ängstlich	49	53	9	10	13	24	12	9	-	-
gereizt	22	24	9	10	7	12	3	6	3	-
innerl.unruhig	42	45	13	14	13	16	13	12	1	-
affektlabil	26	28	18	19	5	16	5	12	5	1
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
antr.-gesteig.	28	30	10	11	11	11	6	9	1	-
mot.unruhig	45	48	8	9	14	20	11	8	-	-
Andere Störungen										
soz.Rückzug	19	20	10	11	3	11	5	5	5	-
Mangel a.Kr.gef.	30	32	15	16	6	13	11	7	3	5
Mangel a.Kr.eins.	42	45	27	29	3	24	15	11	9	7
beob.Angstzustd	22	24	1	1	8	13	1	1	-	-
opt./akust.Hall										
v.del.Typ	21	23	1	1	3	8	10	1	-	-
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg	30	32	13	14	11	20	9	11	2	-
Durchschlafstörg	43	46	10	11	10	20	13	8	2	-
verk.Schlafd.	31	33	2	2	10	14	7	1	1	-
Appetenzstörungen										
Appetit vermind.	24	26	6	7	5	11	8	5	1	-

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Andere somatische Störungen										
Schwitzen verm.	31	33	3	3	8	16	7	1	2	-
Neurologische Störungen										
Tremor	23	25	6	7	6	12	5	6	-	-

Syndromwerte der Patienten
mit chronischen organischen Psychosen

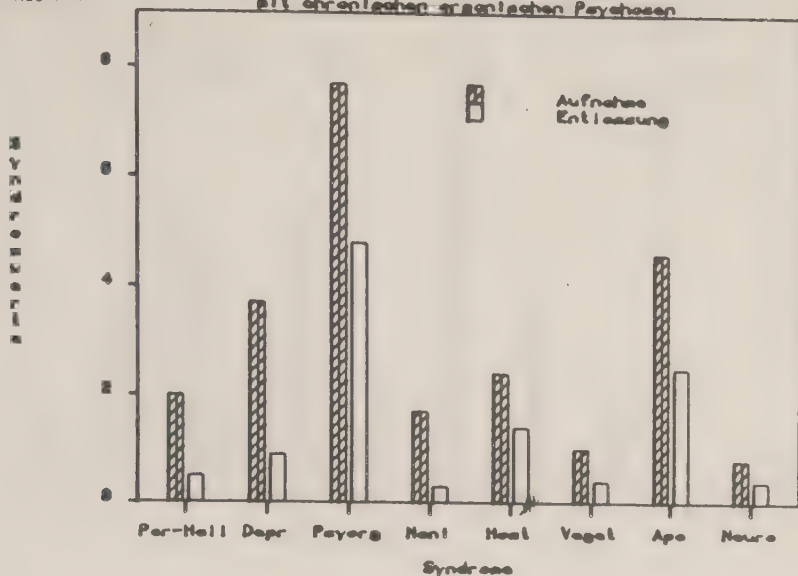


Abb 71.2

Syndromwerte der Männer
mit chronischen organischen Psychosen

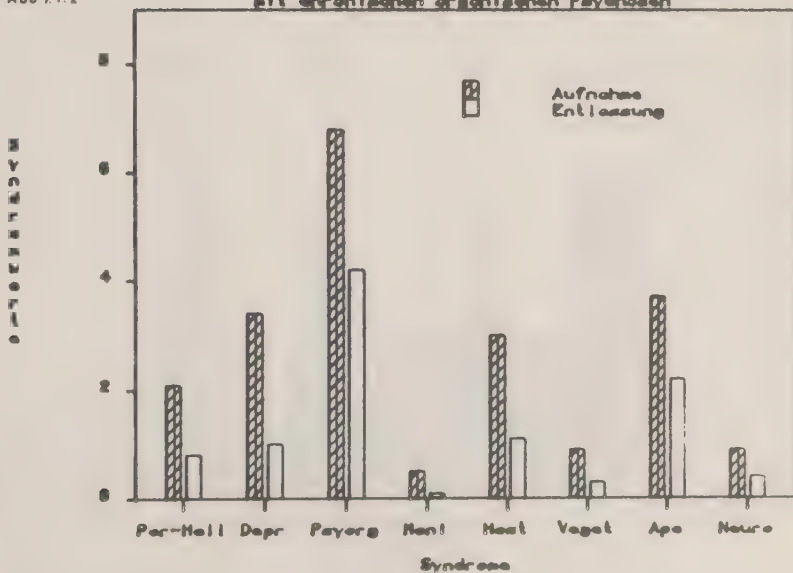


Abb 7.1.3

Syndromwerte der Frauen mit chronischen organischen Psychosen

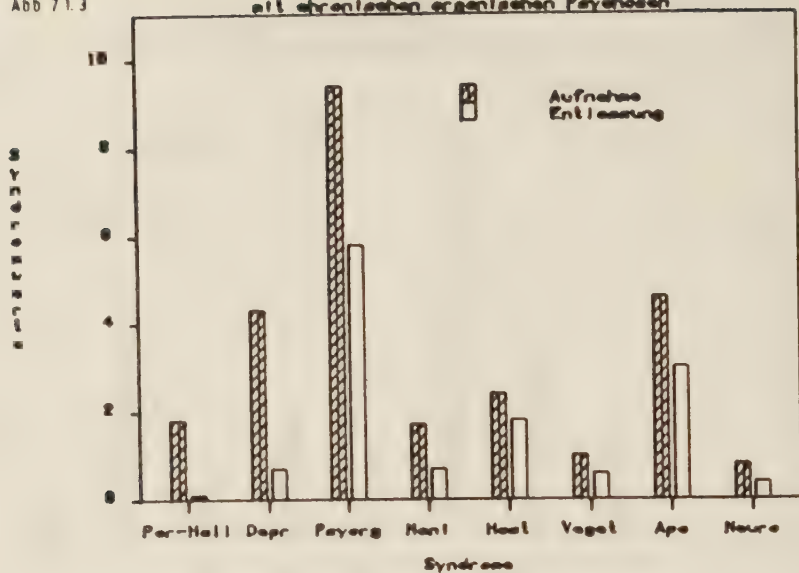


Abb 7.2.1

Aufenthaltsverteilung der chronischen organischen Psychosen

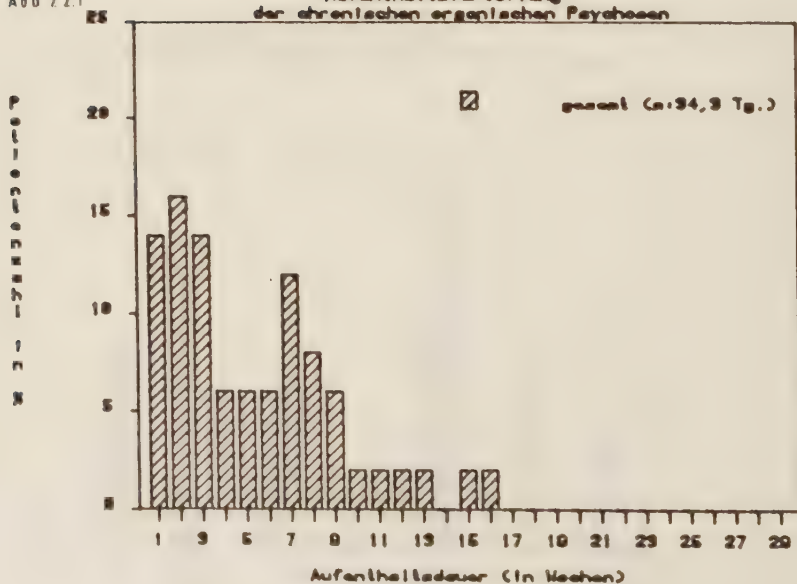


Abb 7.2.2

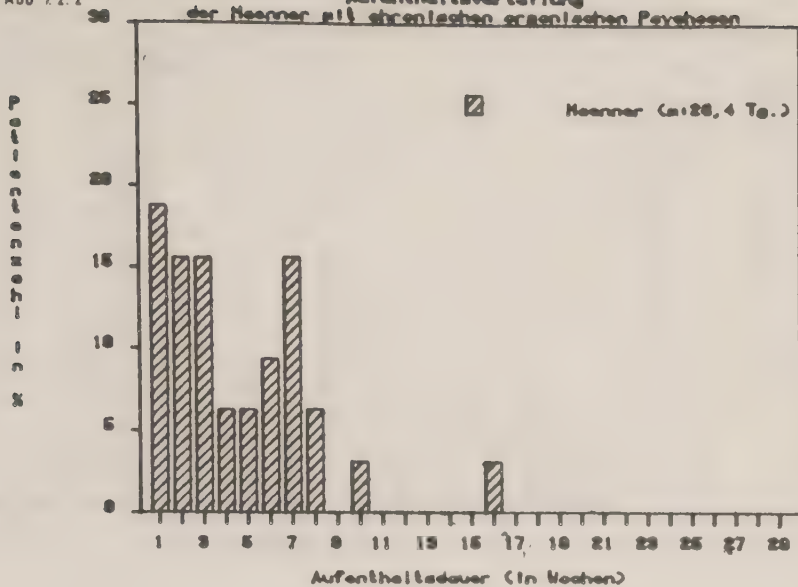
Aufenthaltsverteilung
der Männer mit chronischen organischen Psychosen

Abb 7.2.3

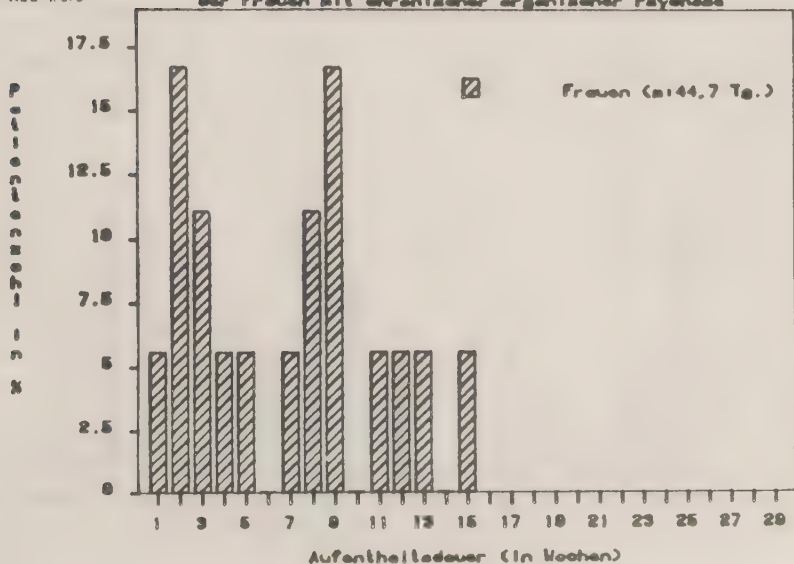
Aufenthaltsverteilung
der Frauen mit chronischer organischer Psychose

Abb 7.3.1

Altersverteilung aller Patienten mit chronischen organischen Psychosen

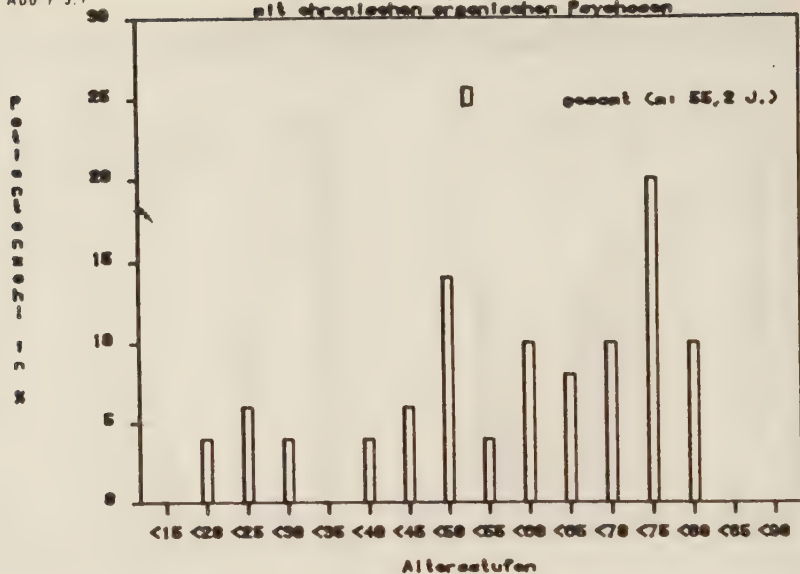


Abb 7.3.2

Altersverteilung der Männer mit chronischen organischen Psychosen

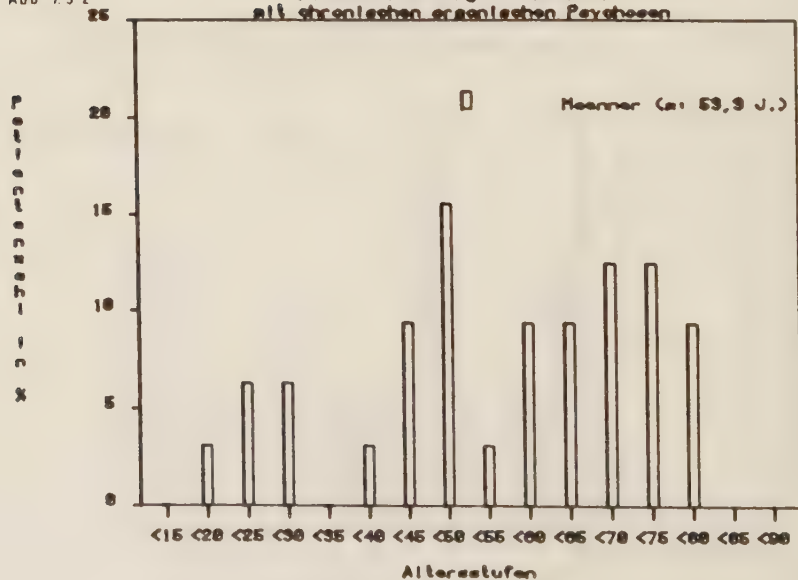


Abb 73.3

Alterverteilung der Frauen
mit chronischen organischen Psychosen

Personen - Prozent

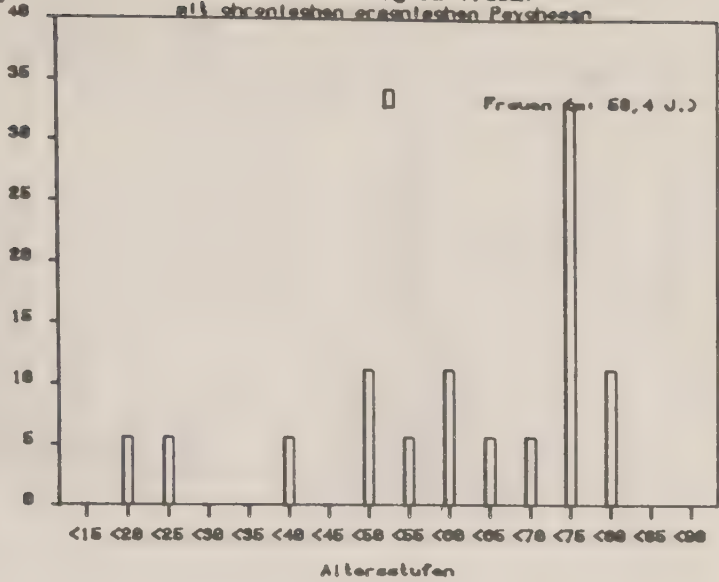


Abb 74.1

Global Assessment Scale - Verteilung
der chronischen organischen Psychosen

Personen - Prozent

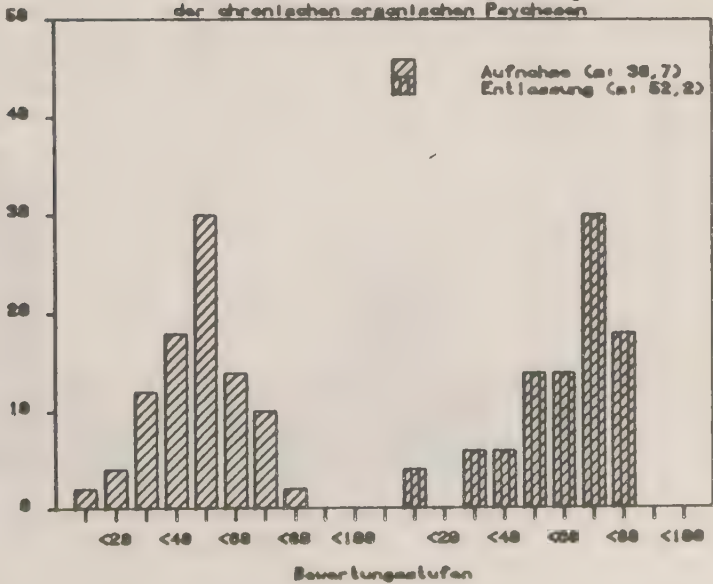


Abb 7.4.2

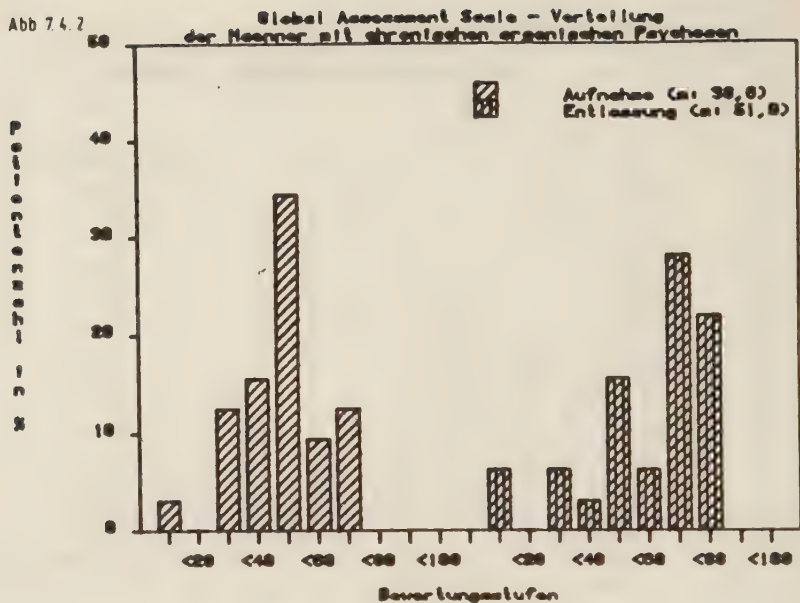
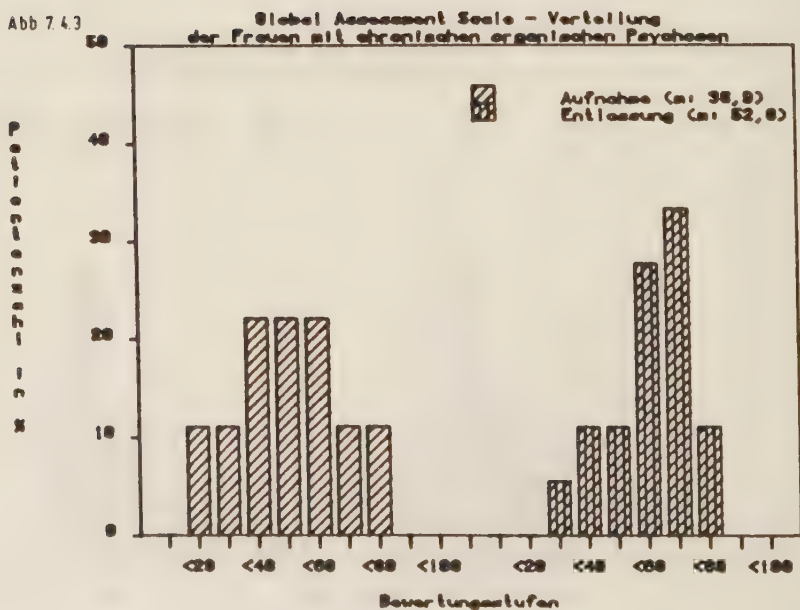


Abb 7.4.3



TAB.1.7.5 SYMPTOME UND DEREN AUSPRÄGUNG BEI PATIENTEN
MIT CHRONISCHEN ORGANISCHEN PSYCHOSEN (N =50)

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen										
Auffassgsstörg	30	60	22	44	8	14	8	10	8	4
Konz.-störg	38	76	33	66	11	13	14	17	10	6
Merkf.störg	37	74	35	70	6	16	15	13	14	8
Gedächtn.-störg	35	70	32	64	6	16	13	11	14	7
Konfabulationen	13	26	9	18	9	-	4	7	1	1
Formale Denkstörungen										
verlangsamt	15	30	12	24	6	3	6	6	3	3
umständlich	27	54	22	44	7	12	8	8	11	3
eingengt	18	36	12	24	5	8	5	7	3	2
perseverierend	18	36	13	26	2	9	7	6	3	4
Befürchtungen und Zwänge										
Mißtrauen	10	20	4	8	3	6	1	3	1	-
Störungen der Affektivität										
ratlos	12	24	4	8	4	5	3	1	3	-
deprimiert	19	38	7	14	12	7	-	4	3	-
ängstlich	18	36	12	24	9	6	3	9	3	-
euphorisch	10	20	6	12	7	3	-	5	1	-
dysphorisch	11	22	5	10	6	4	1	4	1	-
gereizt	11	22	3	6	5	3	3	2	-	1
innerl.unruhig	16	32	10	20	7	5	4	8	2	-
affektlabil	12	24	13	26	4	6	2	10	2	1

Symptom	Fallzahl				Ausprägung					
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme			Entlassung		
	abs	%	abs	%	1	2	3	1	2	3
Antriebs- und psychomotorische Störungen										
antriebsarm	10	20	10	20	3	4	3	7	2	1
mot.unruhig	10	20	3	6	5	2	3	3	-	-
Andere Störungen										
soz.Rückzug	21	42	13	26	7	9	5	8	3	2
Mangel a.Kr.gef.	11	22	9	18	2	4	5	2	4	3
Mangel a.Kr.eins	15	30	13	26	2	5	8	7	4	2
pflegebedürftig	15	30	9	18	4	7	4	2	6	1
Schlaf- und Vigilanzstörungen										
Einschlafstörg.	20	40	8	16	6	10	4	6	1	1
Durchschlafstörg.	20	40	10	20	5	7	8	5	4	1
verk.Schlafd.	11	22	2	4	3	6	2	1	-	1
Appetenzstörungen										
Appetit vermind.	15	30	4	8	4	4	7	3	1	-
Neurologische Störungen										
Tremor	10	20	8	16	3	6	1	6	2	-

LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, Das AMDP-System:Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 2.Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1972
- 2 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, Das AMDP-System:Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 4. korrigierte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1981
- 3 Ditz, H., Psychopathologische Symptomatik der organischen Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und Oligophrenien. Eine Untersuchung an 830 im Jahre 1978 in der Psychiatrischen Klinik der Universität München behandelten Patienten, München 1983
- 4 Engelhardt, H., Psychopathologische Symptomatik, demographische Merkmale und Klinikaufenthaltsdauer von Patienten mit nichtorganischen Psychosen. Statistische Untersuchung unter Verwendung der Daten von 917 Patienten, München 1983
- 5 Kendell, R.E., Companion to psychiatric studies - 3rd Edition, edited by R.E.Kendell and A.K. Zealley, Churchill Livingstone Press, Edinburgh London Melbourne and New York
- 6 Kendell, R.E., The classification of depressive illnesses. Maudsley monograph no 18. Oxford University Press, London 1979
- 7 Kramer, M., Sartorius, N., Jablensky, A., Gulbinat, W., The ICD-9 classification of mental disorders - A Review of its development and contents, Acta psychiatr.scand. (1979) 59, 241-262
- 8 Pietzcker, A., Gebhardt, R., Depressive Syndromes and Scales in the AMDP-System, Acta psychiatr. scand.,
- 9 Sartorius, N., The ICD-10 and Depression, Acta psych. scand., 1983:suppl 310: 103-105

- 10 Saugstad, L.F., Ødegard, Ø., Persistent discrepancy in international diagnostic practice since 1970, *Acta psychiatr. scand.* 1983: 68: 501-510
- 11 Schulte, W., Tölle, R., *Psychiatrie*, Fünfte, überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York 1980
- 12 World Health Organisation (1939): *Manual of the international list of causes of death (5th revision) and joint causes of death (4th ed.)*, Geneva 1939
- 13 World Health Organisation: *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (International classification of diseases, ICD)*, 3. Auflage (8. Revision der ICD), Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York 1973
- 14 World Health Organisation: *Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (International classification of diseases, ICD)*, fünfte Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD, Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York 1980

Herrn Prof. Dr.med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates

Herrn Dr.med. A. Strauß danke ich für sein nicht nachlassendes Interesse und die vielfache Unterstützung, die ich durch ihn bei meiner Arbeit erfuhr

Herrn D. Lindmeir danke ich für die statistische Beratung, für die Durchführung der rechnerunterstützten Auswertung und für die stetige Hilfsbereitschaft bei der Bedienung der verschiedenen EDV-Anlagen

LEBENS LAUF

Am 31. Januar 1958 wurde ich, Frank Richard Böhmer, als erstes Kind der Eheleute Erich Böhmer und Marga Böhmer, geborene Seidel in Koblenz, Rheinland-Pfalz geboren.

Ab 1964 besuchte ich die Volksschule in Koblenz-Kesselheim. 1967 trat ich in den neusprachlichen Zweig des Max-von-Laue Gymnasiums in Koblenz ein und wechselte 1968 an das mathematisch-naturwissenschaftliche Klenze-Gymnasium in München über, wo ich im Juni 1977 die Reifeprüfung ablegte.

Im Sommersemester 1978 begann ich das Studium der Zahnheilkunde an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, wo ich im Wintersemester 1978/79 die naturwissenschaftliche Vorprüfung, im Sommersemester 1980 die zahnärztliche Vorprüfung und im Wintersemester 1982/83 die zahnärztliche Prüfung ablegte.

Am 18. August 1983 erhielt ich die Approbation als Zahnarzt.

Seit dem Sommersemester 1985 bin ich als Student der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München eingeschrieben.

